Nr 3 17 stycznia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr Hans HAVLICEK. Schatzlar - Czechy.
Dyr. Szpitala w Żaclerzu (Schatzlar).

Serce pracuje jak pompa tłocząca, czy jak taran wodny?

Należało by zapytać, czy w dobie obecnej, w której rozporządza się różnymi, pomysłowymi przyrządami do badania, miało by jakieś znaczniejsze widoki poddanie krytyce dotychczasowego stanu nauki o narządzie krążenia, opartej na bardzo sumiennych dociekaniach anatomów i fizjologów.

Po mym zaatakowaniu obwodowego krążenia krwi w rozprawce pt.: *„Vasa privata et vasa publica"*, ogłoszonej w roku 1929 w „Hippokratesie" i to ze skutkiem dodatnim, jak to już dziś powiedzieć można, sądzę, że opłaciło by się rozpatrzyć zagadnienie, czy rzeczywiście sercu, temu centralnemu motorowi krążenia krwi przypada przypisywane znaczenie, czy nie.

Już w wyżej wzmiankowanej pracy udało mi się wykazać, że co najmniej nie może być mowy o tym, by serce miało być pompą ssącą. Czy jest pompą tłoczącą, jak to dziś przyjmuje się ogólnie, zaprzątało me myśli od lat. Zagadnieniu temu nie mogłem się jednak baczniej i wyłącznie poświęcić, zajęty pracą zawodową, poza nią zaś wyświetlaniem krążenia obwodowego. Obecnie zatem przystępuję do rozpatrzenia niektórych zagadnień, tyczących się krążenia krwi w obrębie centralnym ustroju, w celu wykazania, że mylne zdaje się być dotychczasowe pojmowanie serca jako pompy tłoczącej. Zagadnienia spróbuję rozpatrzyć nie ze strony fizykalnej, lecz nasuwającej wiele wątpliwości, matematycznej.

Weźmy drugi tom podręcznika fizjologii Abderhaldena z 1925 roku. Otóż znajdziemy w nim na stronie 182 następujące dane o czynności serca: „pracę komór serca obliczam na 0,08165 kg/m. Przy 70 skurczach w 1 minucie praca komór wynosi 5,7155 kg/m, w godzinie 60 . 5,7155 kg/m = 342,93 kg/m. Po pomnożeniu tej ostatniej liczby przez 24 otrzymamy dzienną pracę obu komór. Uwzględniwszy przyjęte wartości dla szybkości prądu, ciśnienia i ilości krwi uzyskamy 8230,32 kg/m". Wyliczone w tym podręczniku wartości pracy serca są zadziwiające i wywierają wrażenie na uważnym czytelniku. Dla mnie były uderzające. W okresie 10 lat od ukazania się tego podręcznika zaszły jednak podkreślenia godne zmiany w fizjologii, zmieniły się też stanowiska fizjologów. Wiek XX nie na darmo jest wiekiem sportu. Niejeden fizjolog musiał oderwać się od preparatów żabich serc, wyjść z ciszy swej pracowni i zatęchłych sal instytutu w nową erę, młodsi nawet w charakterze fizjologów pracy i sportu do warsztatów i na boisko.

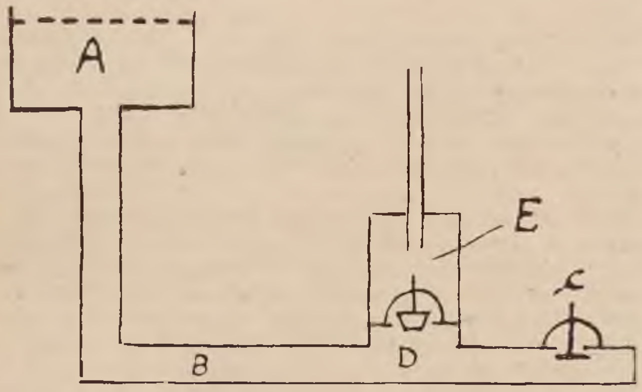
Weźmy dalej nowszy podręcznik fizjologii, np. Reina. Przeczytawszy na stronie 41 rozdział o czynności serca dowiemy się, że: „praca serca na dobę, przy prawidłowej ilości 70 skurczów w 1 minucie wynosi około 20.000 kilogramometrów!" A w razie: „obciążenia serca przy zwiększonym zapotrzebowaniu krwi, np. podczas wykonywania wyczynów sportowych musi serce podołać wielokrotnie większej pracy". Jak z powyższego widać, wzrosła dwukrotnie w ostatnim dziesięcioleciu liczba, tycząca się pracy serca; co więcej, niekiedy może być jeszcze większa. Nie znaczy to bowiem, by czynność serca przy rozmaitego rodzaju biegach, skokach, pływaniu itp. wzmagała się jedynie o 0,5 0,8, 1,5 10,50%, lecz powinno się przyjąć, że ilość kilogramometrów pracy serca przy tego rodzaju zajęciach sportowych może wzróść kilkakrotnie, a więc do 30, czy nawet więcej tysięcy kg/m! Co więcej, obliczenia niektórych o pracy serca obracają się w fantastycznych cyfrach.

W drugim tomie anatomii człowieka, napisanej przez niedawno zmarłego Brausa czytamy na str. 662: „praca, którą wykonuje mięsień sercowy jest olbrzymia, szczególnie lewej komory, mającej do pokonania opór krążenia wielkiego. Serce dokonuje dziennie przeciętnie 100.000 skurczów. Osiągniętą pracę oblicza się na ½ miliarda kilogramometrów, co równa się sile, której nie mogliby na raz podołać wszyscy żołnierze byłej armii niemieckiej". Dziwnym się wydaje, jak taki poważny uczony, jak Herman Braus, którego podręcznik posiada tę zaletę, że nie jest dziełem kompilacyjnym, lecz opiera się na własnej pracy, mógł w nim umieścić podobne dane. Każdego wykształconego musi przytłoczyć ogrom siły serca, pompy tłoczącej. Cóż dopiero mówić o niepowołanym, czy półinteligencie, którym by przyszło wysłuchiwać wykładu na temat serca w postaci naukowo-popularnej. Coś podobnego przyjęliby z powątpiewaniem do wiadomości.

Żałuję, że za mych studiów nie było znakomitego dzieła F. Kahna pt.: „Życie człowieka". Mógłbym sobie z niego niejedno plastycznie przyswoić z dziedziny chemii, fizjologii, czy anatomii, gdyż zostały w nim podane nawet bardzo zawiłe naukowe sprawy w sposób jasny i zrozumiały dla każdego niepowołanego. Czytamy w II tomie na str. 279: „Serce uderza 100.000 razy na dobę, prawie 40 milionów razy w roku i dochodzi po 70 latach do 3 miliardów ruchów pompowych. Pompuje ono w 1 minucie 7 litrów, na godzinę ponad 300, w jednym dniu ponad 5.000, a w roku prawie 4 miliony litrów, tj. 40.000 hektolitrów krwi. Ilością krwi, która przepływa przez komory serca w życiu ludzkim można by napełnić zbiornik na gaz o pojemności ponad 1/4 miliona metrów kubicznych. Serce to silnik ważący 300 gramów o sile 1/375 konia...". Nie uczonemu albo nawet wykształconemu czytelnikowi, będącemu w tym szczęśliwym położeniu, że oddawna zapomniawszy o swoich wiadomościach fizjologicznych, wyniesionych jeszcze z ławy uniwersyteckiej, może się wydać przy rozpatrywaniu serca, jako pompy tłoczącej, że albo wszelkie obliczenia, tyczące się pracy serca są czystym nonsensem, albo ma się do czynienia z ósmym cudem świata. Przeczytawszy zdanie Brausa, iż serce wykonuje taką pracę, której nie mogliby na raz podołać wszyscy żołnierze armii niemieckiej w Wojnie Światowej, żachnie się w duchu i pomyśli o pomyłce autora w obliczeniach. Jeśli nadomiar stanie przed niewątpliwym, nieulegającym dyskusji faktem, że według obliczeń wypływa w 1 dniu z tętnicy głównej, pod pewnym oznaczonym ciśnieniem i z oznaczoną szybkością 10.000 litrów, wówczas zada sobie pytanie, jak to jest możliwe, by 300-gramowy motorek mógł więcej zdziałać niż cała armia i, jak taki niepozorny, wydrążony, wielkości pięści narząd może wykonywać pracę 40, 50, 70, a nawet więcej lat, wszystko jedno, czy jest chore, czy nie? A może serce jest czynne nie jako pompa tłocząca, lecz jako jakiś inny wodopędny przyrząd? Nie trudno by przyszło poznać lekarzowi, po zapoznaniu się z ich konstrukcją, że żadne z nich nie odpowiada żywemu silnikowi-sercu. Mógłby nim być jeden i tym się obecnie zajmiemy. Jest nim tzw. taran wodny.

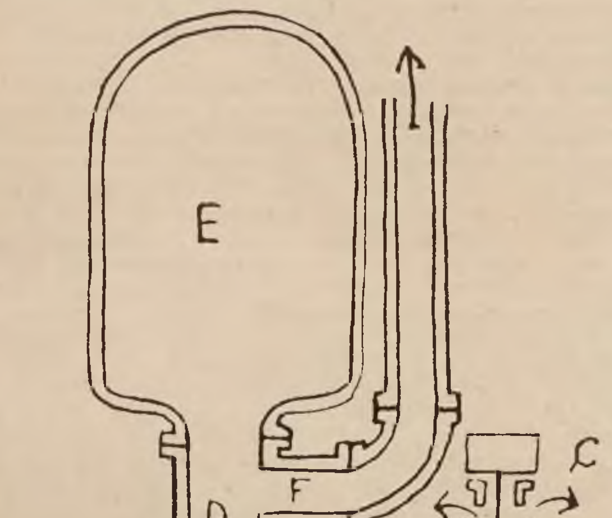
Po raz pierwszy poznałem się z nim w 1916 roku na froncie włoskim, podczas odmarszu na stanowiska pozafrontowe. Przechodząc obok skały, dostrzegłem na niej rurociąg, z którego górnego końca wypływała dorywczo woda, w równych odstępach czasu. Wytrysk wody raz malał, to znowu wzmagał się. Jak się dowiedziałem, woda dochodziła z miejsca, położonego niżej o jakich 50 metrów, przy czym długość wodociągu, biegnącego ukośnie, wzdłuż pochyłej ściany skalnej wynosiła kilkaset metrów. Zszedłszy niżej dostałem się do niewielkiego zbiornika wody, zasilanego przez płynący w wąwozie strumyk górski. Kilka metrów poniżej sadzaweczki parskał taran wodny. Do gruszkowatego cylindra wchodziła rura doprowadzająca wodę z owej sadzawki, z drugiego zaś zamkniętego, dzwonowatego cylindra wychodziła cieńsza rura, odprowadzająca wodę do góry. Z krótkiego odgałęzienia rury doprowadzającej, u podstawy przyrządu, wytryskała wachlarzowato, w rytmicznych odstępach czasu niewielka ilość wody. W otwór, skąd ona wypływała, raz wpadał, to znowu cofał się ruchomy czop, odmykając tylko częściowo otwór, tak, by woda mogła ujść wąską, przybrzeżną szparą. Na czym polegało wypychanie wody w górę, tego mi nie mógł objaśnić obsługujący przyrząd, gdyż był z zawodu... adwokatem. Jego tłumaczenia, że na kombinacji wentyli, było nie wystarczające. Gdybym wówczas miał w polu podręcznik fizyki możebym wcześniej wystąpił z koncepcją, podającą w wątpliwość serce, jako pompę tłoczącą. Wydaje mi się, że biotechnikę krążenia krwi najlepiej oddaje taran wodny. Może niektórzy pamiętają jego budowę jeszcze z czasów studenckich, sądzę jednak, że dla większości jest on zupełnie nieznany. Wskazanym jest przeto zapoznanie się z nim na nowo. Wynalazcą tego przyrządu jest

jeden z braci Montgolfierów, których imię, zwłaszcza dziś, w dobie sportów, jest znane z innego powodu, a mianowicie pierwszego wzlotu balonem, napełnionym gorącym powietrzem. Jeden z nich dokonał tego w dniu 21. X. 1783 r. po próbie w dniu 5. VII. tegoż roku z balonem bez załogi. Zanim jednak rozpatrzymy budowę i istotę działania przyrządu, zwanego taranem wodnym (TW) chciałbym wspomnieć o pewnej rzeczy, którą każdy zna, a właściwie nie zna. W domu, czy w pracowni można



RYS. 1.

łatwo stwierdzić, że sposoby zamykania gazu i wody, wypływającej z wodociągu są zupełnie odmienne. W pierwszym wypadku skręca się kurek szybko o 180°, a dla powstrzymania wypływu wody musi się kurek zakręcać powoli i stracić przy tym daleko więcej czasu. Nie darmo jednak. Gdyby bowiem urządzenie było takie same, jak dla gazu, wówczas przy nagłym zamknięciu rury, wypływająca szybko woda, do tego pod wielkim ciśnieniem, uszkodziłaby nie tylko urządzenie zamykające, ale i samą rurę, wytrzymującą ciśnienie zaledwie 5 atmosfer, pomimo,



RYS. 2.

że ciśnienie w niej stale wynosi od 1—2 atmosfer. Na skutek nagłego zatrzymania wody, urządzenie jej nie może być obojętne tak dla mechanizmu zamykania, jak i dla samych rur. Dlatego też, by uniknąć przykrych następstw kurki do wodociągów są tak skonstruowane, że zamykanie wypływającej wody może się odbywać tylko stopniowo. Otóż Montgolfier wykorzystał w dowcipny sposób energię, pochodzącą z nagłego przerwania prądu wody w przyrządzie, noszącym nazwę tarana wodnego. Zawdzięcza on swe miano tej okoliczności, że pędząca z góry woda uderza z impetem o ściany rur i cylindra, jakby jakieś twarde ciało. Części składowe i urządzenie TW są uwidocznione na rysunkach 1—2. Ze sadzawki A spada woda rurą doprowadzającą B. Po dostaniu się wody do końcowego odcinka tej rury, zwanej nasadką, uderza ona w ruchomy czop, zawór, który pchnięty zamyka otwór swym kołnierzowatym zgrubieniem, tkwiącym stale wewnątrz nasadki. Na skutek nagłego przerwania dopływu wody wzrasta gwałtownie ciśnienie (do 35-krotnej wartości pozostającego w spoczynku słupa wody) działające jak uderzenie na ściany przyrządu. Uderzenie to podnosi wentyl D, otwierający się do wnętrza zamkniętego cylindra E i natrafia tu na: 1) dolny koniec cieńszej rury odprowadzającej i 2) na powietrze. Zanim woda w tej rurze dosięgnie tego samego poziomu co w sadzawce — (na mocy prawa o połączonych naczyniach) pod wpływem ciężaru wody opada klapa D, zamykająca dalszy dopływ, a zarazem uniemożliwia cofnięcie się wody do rury doprowadzającej B. powietrze ulega zagęszczeniu a następnie rozprężając się wtłacza pewną część wody, zamkniętą w cylindrze do rury odprowadzającej. Z tą chwilą następuje wyrównanie ciśnienia wody i powietrza i opisany przebieg może zacząć się na nowo. Początkowo potrzeba kilkakrotnie ręką pchnąć zatykający otwór na nasadce zawór w jej głąb, dopóki woda nie zostanie w rurze odprowadzającej odpowiednio wysoko posunięta, aż wreszcie przyrząd, bez jakiejkolwiek ubocznej pomocy, zacznie sam swą rytmiczną pracę. Przy idealnych stosunkach jest TW urządzeniem, które teoretycznie działa nieprzerwanie pod wpływem dopływającej wody, bez posiłkowej jakiejś siły zewnętrznej i doprowadza wodę na wielokrotnie większą wysokość od tej, która rozciąga się pomiędzy sadzawką, a taranem wodnym. Nadmienić należy, że umieszczenie zaworu ruchomego nie musi być na końcu rury doprowadzającej. Można go również umieścić na niej i przed cylindrem. Tak samo i rura odprowadzająca niekoniecznie musi wychodzić np. u szczytu cylindra. Może odgałęziać się od szyjki, łączącej rurę dopływową z cylindrem.

Teraz jednak, patrząc na rysunek Nr 1 zadajmy sobie pytanie, gdzie jest podobieństwo pomiędzy TW, a sercem? Rzeczywiście trudno się go dopatrzyć, mając przed oczyma rys. 1. Do tego nadaje się lepiej rys. 2. Jeśli obrócimy go o 180°, wówczas przy odrobinie wyobraźni zauważymy, że cylinder E odpowiada komorze serca, rura odprowadzająca F tętnicy głównej, wentyl D zastawce dwudzielnej, a końcowa część rury doprowadzającej B wraz z nasadką i tkwiącym w niej ruchomym czopem C przedsionkowi. Tę ostatnią można by dla lepszego zrozumienia tuż u cylindra nieco poszerzyć, np. w postaci rozdęcia. Reszta rury doprowadzającej ku górze B, to żyły płucne; w końcu sadzawka odpowiadałaby systemowi naczyń tętnicy i żyły płucnej, który zresztą nierzadko klinicyści określają jako zbiornik krwi. Rzecz zrozumiała, że dla uprzytomnienia sobie ścisłego podobieństwa w TW nie trzeba myśleć o konieczności jakiegoś większego spadku płynącej krwi w ustroju. Choć stosunki przedstawiają się w nim inaczej, to jednak analogia jest oczywista. Mimochodem warto wspomnieć w tym miejscu, że dla instalacji TW wystarczy już 0,6—1 metra spadku wody. Nie powinno się zapominać, że biotechnika w zadziwiający sposób potrafiła zastąpić techniczne, martwe urządzenie, choć rozporządza tylko materiałem żywym. Komora serca, podobnie jak cylinder posiada wielką zdolność odporności przeciw wpadającej do niej z impetem krwi. Zawdzięcza to nie tylko silnie rozwiniętej warstwie mięśni, ale i sprężystości mięśniówki. Oddaje ona jednocześnie ściśliwość zamkniętego w cylindrze powietrza, jak i jego rozprężanie, gdy podczas skurczu zawartość zostaje wepchnięta do tętnicy głównej. Badanie drobnowidowe mięśnia sercowego pozwala rozeznać jego strukturę i odmienność od reszty mięśni ciała. Jak wiadomo, jest ona pośrednią między mięśniami kośćca, poprzecznie prążkowanymi i gładkimi. Podobna jest do pierwszych, gdyż składa się z włókienek poprzecznie prążkowanych, odróżnia się natomiast tym od nich, że włókna mięsne wchodzą ze sobą w połączenia. Do drugich, czyli gładkich podobna tym, że jądra leżą pośrodku komórek, dalej, że widoczny jest podział włókien z czego można by wysnuć wniosek, że na nie złożyły się pojedyncze komórki. Pojedyncze elementy posiadają pośrodku sarkoplazmę bez włókienek, a jasne to pole z leżącym w nim jądrem otacza płaszcz włókienek. Brak odgraniczenia przez sarkolemę pojedynczych elementów mięśniowych, jak to widzi się w mięśniach kośćca. Przy pomocy specjalnej metody barwienia można wykazać we włóknach mięśnia sercowego poprzeczne płytki i schodki, składające się ze zgrubiałych włókienek. Uważane są one za miejsca wzrostu i regeneracji, ponieważ mięsień sercowy kończy się wolno tylko na pierścieniach włóknistych pomiędzy przedsionkiem, a komorą i na szczycie mięśni brodawkowych. Poza tym włókna mięśniowe są wielokrotnie ze sobą połączone.

W TW najważniejszą rzeczą jest zużytkowanie żywej siły, powstającej nagle przy zahamowaniu z góry płynącej wody dla przeprowadzenia jej do miejsc daleko wyżej położonych od poziomu sadzawki. Dla zasady jest obojętne, czy ta energia kine-

tyczna uderzającej cieczy została wywołana przez $mv^2/2$ spadającej cieczy, czy też przez rytmiczną siłę uderzenia. Jest zrozumiałym, że w sile uderzenia, wykorzystywanej do podnoszenia ruchomego zaworu C można by się dopatrzyć rytmicznych skurczów przedsionka. Zbierając zatem powyższe, jak dotąd sprawa przedstawiałaby się jasno: sadzawka odpowiadałaby olbrzymiej sieci naczyń włosowatych płuc, rura doprowadzająca B żyłom płucnym i przedsionkowi itd. Obraz stałby się jeszcze pełniejszy, gdybyśmy do technicznego schematu TW dodali pewne uzupełnienia, by przypominały jeszcze bardziej stosunki w sercu, a jednocześnie nie przeszkadzały jego czynności. Np. dodając klapę w dolnym odcinku rury odprowadzającej F, nie dopuszczającej do opadania wody z powrotem do cylindra, co by odpowiadało zastawce półksiężycowatej tętnicy głównej. Brak tej klapy w TW jest zrozumiały. W razie zatrzymania przyrządu, pozostająca w rurze odprowadzającej woda przeszkadzałaby tylko przy reparacjach przyrządu. Również mniej dogodne jest wypuszczanie rury wprost z cylindra, zamiast ze szyjki u jego dołu, gdyż wraz z wodą porywana byłaby pewna część powietrza z cylindra, skutkiem czego musiałby stanąć.

Wracając do rzeczy zauważymy, że przyjęcie cylindra, jako komory serca natrafia o tyle na trudności, że w cylindrze znajduje się stale pewna ilość powietrza, ulegająca ściśnieniu, czego w sercu nie ma. Trudności te jednak dadzą się łatwo pokonać, jeśli zamiast powietrza podstawimy inny czynnik, spełniający w nim to samo zadanie. W metalowym cylindrze działa sprężone powietrze jak siła elastyczna. Biotechnika ustroju nie rozporządzając tego rodzaju twardym materiałem, zastąpiła go silnym i podatnym mięśniem i on też odpowiada zamkniętemu powietrzu, które w TW na przemian ulega ściśnieniu, to znowu rozprężeniu.

Gdyby na tym miały się ograniczać wywody, krytyczniej usposobiony czytelnik, natychmiast wysunąłby jeszcze jedną kwestię, dotąd niewyjaśnioną, a zasadniczą dla działania TW. Przecież tylko dzięki wpadaniu ruchomego czopa w otwór na nasadce i jego cofaniu się w głąb, następuje owo rytmiczne powtarzanie się procesu, umożliwiającego wypychanie wody do większej wysokości, aniżeli wymaga prawo o połączonych naczyniach. Gdzież zatem w sercu miałby być odpowiednik do uchodzenia pewnej ilości wody z otworu nasadki podczas cofania do jej wnętrza ruchomego czopa? Muszę się przyznać, że i mnie nie łatwo przyszło znaleźć odpowiedź na to pytanie. Dokładnie jednak tak samo, jak sile uderzenia wody w rurze doprowadzającej w TW przeciwstawić można skurcz przedsionka, a niepodatności stalowego cylindra i sprężonego w nim powietrza elastyczną rozciągliwość przystosowanego mięśnia komory tak, że zagadnienie sztywnej, martwej natury rozwiązane jest przez biotechnikę sprężystego, żywego organu, tak samo ustrój i tę sprawę musi tak załatwić, by nie ucierpiała ekonomia krążenia krwi. Nie może bowiem dojść do jakiejkolwiek utraty krwi na podobieństwo wylewania się części wody poza przyrząd Montgolfiera. Powinno zatem w sercu istnieć jakieś urządzenie, które by w swej biotechnicznej czynności odpowiadało urządzeniu ruchomego zawora, a więc zezwalało na wymykanie się krwi, lecz jednocześnie jej nie traciło. Logicznie idąc należało by go szukać w przedsionku. Odpowiednikiem byłyby uszka!

Tak anatomowie, jak i fizjologowie zajmowali się nimi dotąd bardzo mało. W podręcznikach poświęcano im znikomą ilość miejsca, czemu nie należy się dziwić. Poprostu ich znaczenie nie było znane. Dla mnie nie ulega wątpliwości, że mogą odpowiadać w TW owemu urządzeniu z ruchomym zaworem.

Jeśli porzucimy dotychczasowe zapatrywanie, że serce jest pompą tłoczącą i przyjmiemy, że pracuje w sposób TW, wówczas inaczej będzie się nam przedstawiać budowa mięśnia sercowego. Wtedy zgodzimy się, że część mięśni komory służy tak do zatrzymywania nadpływającej krwi z przedsionka, jak również, by odpowiednio do czynności zamkniętego w cylindrze TW powietrza wyrzucić na kształt sprężystej poduszki krew do tętnicy głównej.

Przy opisie TW wspomniałem, że zbudowany jest ze szczególnie wytrzymałego materiału; gdyby był sporządzony z żelaza lanego, po puszczeniu przyrządu w ruch, nie wytrzymałby długo i rozleciałby się w kawałki.

To co podałem, jest na razie tylko szkicem, mającym spełnić pewne zadanie: zwrócenia uwagi anatomom i fizjologom, że obliczenia o pracy serca, przeprowadzane z niezmordowaną skrupulatnością mogą być wynikiem mylnej koncepcji. Cyfry podawane przez nich wydają się zanadto fantastyczne, by mogły odpowiadać rzeczywistej wydolności serca. Medycyna biologiczna nie może się z tym zgodzić, by serce miało być motorem o sile 1/375 konia. Należy pomyśleć o skontrolowaniu dotychczasowych założeń.

Oby powyższe uwagi doszły na czas do tych, którzy na ostatniej Olimpiadzie notowali spostrzeżenia dla naukowych celów. W przeciwnym razie, kto wie, czy nie zostaną ogłoszone jeszcze fantastyczniejsze cyfry, które swym ogromem zepchną w cień dotychczasowe i tak już przytłaczające obliczenia.

Dr Janusz PETER, Dyrektor Szpitala. Tomaszów Lubelski.

Dopisek do artykułu Havlicka o sercu, jako odpowiedniku przyrządu Montgolfiera.

Będąc niejako przy narodzinach nowej koncepcji o sercu, z zainteresowaniem śledziłem jej rozwój, zanim Havlicek dla wszystkich jego części znalazł analogon. Nim też szkic był całkowicie gotów do druku, dokonałem wolnego przekładu na życzenie Przyjaciela, który przysłaniem artykułu do polskiego czasopisma naukowego chciał dać dowód swego życzliwego stosunku do polskiego świata lekarskiego.

Nazwisko Hansa Havlicka stało się głośne od czasu ogłoszenia przezeń rewelacyjnych „tez żaclarskich", rzucających zupełnie inne światło na sprawę powstawania zakrzepów. Wychowanek szkoły Brauna, ojca nowoczesnej nauki o znieczulaniu miejscowym, jest Havlicek kierownikiem szpitala, którego urządzeniem sal operacyjnych, pracowni i wynikami mogłaby się poszczycić niejedna klinika uniwersytecka. Chirurgom znany jest ze swej metody operacyjnej w ropnych zapaleniach otrzewnej, polegającej na nieusuwaniu ropy z jamy brzusznej, naświetleniu sieci i pętli jelita promieniami pozafiołkowymi, przepuszczonymi przez filter Wooda, lub uwiolowy, zaszyciu szczelnym jamy brzusznej i wstawaniu po zabiegu ze stołu operacyjnego. Jak wynika z danych, zebranych przez Sehrta wyniki osiągnięte tą metodą przewyższają inne, jeżeli zostały zachowane zalecenia, wymagane przez Havlicka. Nie obcym też jest tym praktykom, którzy widząc brak skuteczności tylu leków, zastosowali *bactophos* Havlicka, służący do naświetlania krwi. O skuteczności własnej krwi naświetlanej promieniami pozafiołkowymi w wielu sprawach chorobowych przekonałem się wspólnie z Kol. Jabłońskim. Mieliśmy przypadki cukrzycy, w których bardzo wysokie dawki insuliny pozostawały bez skutku a po kilku zastrzyknięciach krwi własnej, naświetlonej *bactophosem* cukier w moczu nie tylko zmniejszył się, ale czasami znikł zupełnie. Dobre wyniki mieliśmy również w uporczywych rwach kulszowych, w których inne sposoby były bezskuteczne; w róży, nawet w jednym przypadku łuszczycy, powikłanej wieloma innymi sprawami chorobowymi. Tak u Havlicka, jak i gdzie indziej mamy na razie za mały materiał, by można było w danej kwestii coś ostatecznego orzec. Szczególnie pomyślne wyniki były w swoistym nadciśnieniu krwi. Sposób o tyle jeszcze polecenia godny, iż tacy chorzy nie potrzebują zbytnio przestrzegać diety, wszelkie zaś inne leki są niemal zbyteczne. Havlicek w okresie stosowania własnej krwi naświetlanej nie przepisuje niemal żadnych leków, chyba w homeopatycznych dawkach.

Przy rozpatrywaniu koncepcji Havlicka o sercu, mającym działać na kształt tarana wodnego (TW) można by jeszcze znaleźć wiele podobieństw pomiędzy oboma. Analogie, przedstawione w głównych zarysach przez samego Havlicka należało by jedynie uzupełnić niektórymi danymi anatomicznymi, pamiętając o zdolności żywych narządów zastępowania technicznych urządzeń w przyrządach w sposób odmienny, równorzędny jednak, jeśli chodzi o wynik końcowy.

W koncepcji Havlicka nie należy brać pod uwagę tylko jeden taran wodny, lecz dwa identyczne, osobne dla każdego serca, synchronicznie pracujące. Dla prawego serca należy przy tym przyjąć jako zbiornik w małej tylko mierze sieć włosowatą płuc, głównie zaś system krążenia wielkiego. Porównywanie przedsionków do powietrzni, za które Havlicek uważa komory serca, jest tylko ich obrazowym przedstawieniem. Dalej: jeśli Havlicek mówi o wytrzymałości komór na kształt powietrzni, to ma na myśli nie samą tylko komorę, lecz uważa ją za składową serca, wraz z workiem osierdziowym. Serce bowiem zawdzięcza swą wytrzymałość nie tylko samej mięśniówce, lecz i błonie osierdziowej. Wytrzymuje ona w prawidłowym stanie ciśnienie powyżej 2 atmosfer, podczas kiedy serce, pozbawione osierdzia pęka pod wpływem wewnętrznego ciśnienia $^3/_4$—1 atmosfery. Ta właściwość osierdzia ma szczególnie ważne znaczenie dla prawego serca, tak dla przedsionka, jak i dla komory. W pierwszym, kiedy jedynie wraz z cieniutkim osierdziem tworzy ścianę w lukach oczkowatych pomiędzy mięśniami, w drugiej przyczyniając się do wzmocnienia daleko cieńszego, aniżeli w komorze lewej mięśnia (który zresztą, aby skuteczn'e

móc stawić opór, w razie wzmożonego przypływu krwi, sam stara się wyrównać ten brak za pomocą beleczek, przeciągających na rozmaitych wysokościach przez jamę komory).

Z podobieństw pomiędzy sercem, a TW nasuwałaby się przede wszystkim rytmiczna praca u obu. Co jednakże jest dla TW tylko pozorne, gdyż wynika z konstrukcji, to dla serca przedstawia rzeczywisty wypoczynek. Przypada na niego 1/6 czasu, czyli okrągło 4 godziny na dobę. Dla spotęgowania wrażenia powiedzielibyśmy, że w ciągu 60 lat serce miało 10 lat wypoczynku.

Dalszym przykładem analogii byłby fakt, że im dalej jest położony zbiornik wody, tym rzadziej uderza ruchomy zawór w TW. Im krótszy zatem rurociąg, tym częściej uderza, gdyż mniejsze są opory przepływu i większe przyspieszenie. Tak samo im większa średnica (nb. do pewnej tylko granicy) i im większa jest różnica wysokości pracującej, tj. zbiornika spiętrzającego nad TW. Te zależności są jednak skomplikowane. Dlatego też powiem ogólnie, że im krótszy rurociąg, im większa średnica, im większe ciśnienie dopływającej cieczy, tym szybciej uderza ruchomy, czyli wyłączający zawór. Dla koncepcji było by to ważne, gdyż u ciepłokrwistych poza innymi, ważnymi czynnikami, np. regulacją ciepłoty ciała (mającej u zimnokrwistych tylko podrzędne znaczenie) ilość tętna zależy przede wszystkim od wielkości ciała. Do pewnego stopnia można by przyjąć, że zależy również od oddalenia zbiornika krwi od serca. Np. tętno u słonia w 1 minucie wynosi 25, u konia 35, u psa 100, u kota 130, u ptaka 150 uderzeń itd. Było by zatem kwestią, czy u ciepłokrwistych liczba tętna ma być matematyczną funkcją wielkości ciała i czy stoi w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do wielkości ciała.

Najtrudniej przedstawia się sprawa ze znalezieniem w przedsionkach serca odpowiednika dla ruchomego zawora w TW. Przyznać trzeba, że pomiędzy uszkiem serca, owym *primum oriens et ultimum moriens* Hallera, a wymienionym urządzeniem w TW nie ma żadnego plastycznego, czy innego podobieństwa. Brak również dowodu na to, by skurcze przedsionka miały być poprzedzane wymykaniem się zeń pewnej ilości krwi, jak to przypuszcza H a v l i c e k do uszek, lub, by podczas rozkurczu następowało ich opróżnianie. Pozostawało by zatem oparcie się na danych fizjologicznych i anatomicznych.

Pierwsze, jak dotąd, daleko mniej są przekonywujące niż drugie. Zresztą z góry można było przewidzieć nienadawanie się dotychczasowych danych doświadczalnych, skoro np. niemożliwym było dotąd dokładne obliczenie pracy serca. Sama ilość najrozmaitszych metod świadczy o nieścisłości każdej z nich. Dla przykładu przypomnijmy, że dla obliczenia ilości krwi, wytłaczanej ze serca istnieje ich około tuzina. Również problematyczne było by wysnuwanie wiążących wniosków, mogących przemawiać za koncepcją H a v l i c k a np. z krzywych ciśnienia, uzyskanych za pomocą przyrządów rejestrujących, które stoją w połączeniu ze zgłębnikiem, wprowadzonym przez prawą tętnicę szyjną do lewego, a przez prawą żyłę jarzmową do prawego serca. Należało by może wykorzystać tę dziwną rzecz, że podobnym postępowaniem nie wpływa się w znaczniejszej mierze na krążenie i czynność serca i starać się wykazać, czy w tym samym czasie, we wszystkich odcinkach przedsionka istnieje takie same ciśnienie. Chodziło by o przypuszczalne różnice ciśnienia między jamą przedsionka i uszka lewego. Było by to ważne z tego powodu, że za tezą H a v l i c k a mogła by przemawiać budowa właśnie uszka lewego, jak to zobaczymy poniżej. Wówczas analogon dla uszka prawego byłby przesądzony, choć budowa jego przemawia raczej za powiększeniem przestrzeni w przedsionku prawym.

Wedle dotąd panujących pojęć o sercu, jako o pompie tłoczącej, krzywe ciśnienia były wyrazem zwykłego skurczu: a więc skurczowi przedsionków odpowiadałaby dodatnia fala, druga powinnaby się zaznaczyć przy skurczu komór, kiedy zastawki wypuklają się do wnętrza przedsionków, w dalszym zaś przebiegu skurczu, na skutek przybliżenia się podstawy serca i spadku ciśnienia w przedsionkach, szczególnie w prawym, nastąpiłaby fala ujemna, w końcu, z zaczęciem rozkurczu komór, poczęłaby się krzywa wznosić itd. Dla przedsionków wykazano trzy fale dodatnie i tyleż ujemnych. Bardziej udoskonalone przyrządy wykazują jeszcze więcej. Najwyższą dodatnią falę przypisywano ich skurczom; co do dwóch pozostałych rozwinęła się dyskusja. Początkowo sądzono, że dwie mniejsze należało by zwalić na karb drgań przyrządu rejestrującego. Później wszakże zgodzono się, że bez wątpienia są pochodnymi wahnień ciśnień przedsionkowych. Jednak zdania co do powstawania dwóch ostatnich fal są podzielone. Przeważa zdanie, że obie należą do skurczu komór.

W dalszym ciągu nie znajdujemy żadnego punktu zaczepienia dla poparcia roli uszek w mniemaniu H a v l i c k a z oględzin pośmiertnych serc, utrwalonych w skurczu, czy w rozkurczu. Niewiadomo bowiem, jak dalece uzyskane zmiany postaci odpowiadają prawidłowym. Przyzwyczajonym do oglądania serca w skurczu dziwnym się ono wydaje w rozkurczu. Postacią przypomina grzyb: komory to gruby, spłaszczony nieco z tyłu korzeń, przedsionki wraz z odstającymi od nich uszkami to czapka.

Pozostawałaby w końcu strona anatomiczna. Może jej rozpatrzenie pozwoli rzucić nieco światła na założenia H a v l i c k a. Badając uszka niesposób pominąć roli przedsionków. Prawy bez widoczniejszych granic przechodzi szerokim wejściem w uszko, które od przodu i boku obejmuje tętnicę główną. Oddziela je od niej jedynie wąska szpara. Lewe, daleko mniejsze, wydłużone i załamane odgranicza się wyraźnie od swego przedsionka i sięga do lewej ściany tętnicy płucnej. Jak widzimy zatem zachodzi możliwość uciskania obu uszek podczas wypełniania się obu tętnic. W prawym uszku są daleko silniej rozwinięte mięśnie *(mm. pectinati)* aniżeli w przeciwnym. W ostatnim jama jego otwiera się do przedsionka niewielkim otworem, okrągłym, odgraniczonym od ujścia żył płucnych lewych wyniosłością, której od strony zewnętrznej odpowiada rowek. Przy oglądaniu preparatów serca od strony zewnętrznej stwierdzamy w obrębie przedsionków dwa rodzaje włókien mięsnych: krótkie i długie. Pierwsze są przynależne tylko do danego przedsionka i biegną okrężnie wokół podstaw uszek, jakby w jakim zwieraczu, — drugie przy patrzeniu z góry, łączą oba przedsionki i biegną u podstawy uszek w kierunku ich osi dłuższej poprzecznej, by zejść się we wiązce międzyuszkowej poziomej, na przedniej ścianie przedsionków i wpleść się w rodzaj pierwszy włókienek. Według T a n d l e r a wiązka ta podchodzi do *sulcus coronarius*, wyłaniając się ze *sulcus interauricularis post.* i zagina się w lewo, na tylną powierzchnię przedsionka lewego. Otrzymuje przy tym włókna z obu pierścieni włóknistych, szczególnie z lewego *(annulus fibrosus)*. Wzmocniona nimi obejmuje niby pętlą cały przedsionek i zdąża ku przodowi aż do uszka, gdzie dzieli się na dwa pasma, które opasują uszko od strony dolnej i doglowowej, skąd ciągnie dalej do *sulcus interauricularis ant.* Stąd przebiega przed żyłą czczą górną i kończy się na przedniej powierzchni przedsionka prawego, a tylko nieliczne włókienka ciągną od strony przyśrodkowej aż do szczytu uszka prawego. Z powyższego widać, że u podstawy prawego brak tak wyraźnego układu mięśniówki, jak w lewym.

Podczas skurczu przedsionków, na górnej i tylnej ich powierzchni pogłębia się rowek między nimi. To samo czyni *sulcus terminalis,* a szczególnie bróżda między uszkiem lewym i obydwiema żyłami. Układ mięśni u podstawy uszek, zwłaszcza lewego przemawiałby za możliwością zwężania albo zamykania i otwierania wejścia do niego. Bardzo być może, że w prawym spełnia to zadanie w jakiś zastępczy sposób sieć beleczkowatogąbczasta. W ogóle jednak, ze względu na układ mięśni w prawym przedsionku, przy łatwym i szerokim dopływie krwi do komory prawej, należało by przyjąć, że służy ona raczej do przystosowania się do zmiennych dopływów krwi i regulacji jej odpływu.

O czynności uszek wiemy niewiele. U ryb i u płazów są one jednakowo silnie rozwinięte nie tak, jak w dojrzałym sercu ludzkim, w którym tylko prawe przypomina uszko niższych kręgowców. W życiu płodowym ludzkim aż do zamknięcia *foramen ovale* oba uszka są jednakowo wielkie, a lewe sięga dość daleko ku komorze. Później maleje ono tak, że nasuwa się mniemanie o wstecznym jego rozwoju i o szczątkowej pozostałości. U kręgowców, stojących na niższym stopniu rozwoju uważa się je jako służące do powiększenia przestrzeni przedsionków. U ryb tworzą jeszcze wspólną całość, podczas gdy u płazów zaznacza się już wyraźna granica między uszkami, a przedsionkami. Według zdania większości owe wypuklenia przedsionków miałyby być wyrazem zaoszczędzenia miejsca, ponieważ jednolita, pusta przestrzeń zajmowałaby daleko więcej miejsca. Uszka zatem byłyby dodatkowym powiększeniem przedsionków. Te zaś należy uważać przede wszystkim wraz z uchodzącymi do nich żyłami za zbiorniki. Dlatego też znajdują się one, tak przy postawie stojącej, jak i leżącej, wraz z drogą przypływu krwi do komór na najgłębszych miejscach serca na przeponie. Lewy przedsionek nieco wyżej od prawego i innych części serca, dostatecznie jednak głęboko w stosunku do płuc i do drogi wypływu tętnicy płucnej. Byłby to zatem obraz po trochu podobny do spadku wody w TW. Wyraźniejszy jest on dla serca lewego z małego krążenia, którego ilość krwi nie podlega znaczniejszym wahaniom. W prawym, zasilanym z krążenia wielkiego, przypływ jest regulowany niezależnie od znanych z fizjologii czynników, za pomocą połączeń tętniczo-żylnych, jak to swego czasu podał H a-

vlicek czyli przez serce lewe. Jest to możliwe tym łatwiej, że ciśnienie w przedsionku lewym jest dwa razy wyższe, aniżeli w prawym; w lewej zaś komorze jest nie dwu-, lecz około sześciokrotnie wyższe od ciśnienia w komorze prawej.

Pomimo ważnych luk trzeba przyznać, że pomysł Havlicka posiada szanse utrzymania się, zwłaszcza w skombinowanej postaci z pompą tłoczącą. Nie należy brać dysproporcjonalnych różnic wielkości pomiędzy poszczególnymi częściami martwego i żywego motoru, gdyż przeprowadzenie pewnych technicznych modyfikacyj, ułatwiających porównanie nie przedstawiałoby dla konstruktora większych trudności. Decyduje tu nie wygląd zewnętrzny, lecz schemat. Z tego samego względu niekoniecznym byłoby zbudowanie modela TW z jakiegoś podatnego materiału np. z gumy, gdyż, gdyby nawet po usunięciu z gumowego cylindra powietrza przyrząd nie chciał działać, trudno było by się w tym dopatrzyć dowodu, przeczącego założeniu. Zawsze bowiem przyrząd sztuczny jest martwy. Sam spadek wody, nagłe jej zatrzymanie się w obiegu, wydęcie gumowego cylindra i jego powrót do spoczynkowej objętości pozostanie tylko naśladownictwem. Całość nie odda nigdy żywego serca. Praca jego nie odbywa się w takich monotonnych warunkach, jak w TW, który stale, w równych odstępach czasu otrzymuje, traci i wysyła jednakową ilość wody, tak długo, aż rdza nie nadtrawi czopa i wnętrza rur, lub nie zetrą się wentyle. Serce każdej chwili dostosowuje się (n. b. do pewnych tylko granic) do zmieniających się warunków, czy szybko, czy stopniowo sie pojawiających. Wzrośnie opór w tętnicach — mięsień sercowy wzmaga swą działalność, — wypełni się silniej komora podczas rozkurczu — skraca silniej włókienka mięśniowe i w całości zostaje wyparta krew do tętnicy głównej. Odbywa się to bez przywoływania do pomocy mięśniowi sercowemu, regulujących nerwów lub hormonów. Samo potrafi podołać odmiennym wymaganiom.

Opierając się na podziale pomp na: ssące, tłoczące, ssącotłoczącee, można by uważać TW za pewnego rodzaju odmianę pompy tłoczącej. Cała różnica pomiędzy sercem, jako pompą tłoczącą, a sercem jako TW jest ta, że w pierwszej krew byłaby *biernym motum*, podczas gdy w TW jest *czynnym movens*. Jeśliby się chciało zestawić serce co do dzielności z odpowiednim przyrządem, to pod względem stosunku energii użytecznej do energii włożonej odpowiadałoby najlepiej pompie przeponowej. W TW bowiem część cieczy odpływa na marne, a część zostaje wytłoczona dalej.

Pozostało by jeszcze do nadmienienia to, że obliczenia Brausa, bez podania przezeń czasu, zostały uzupełnione w drugim wydaniu; dalej, co ważniejsza, iż w razie utrzymania się założenia Havlicka w pierwotnej, czy kompromisowej formie — wydajność pracy serca — pozostanie ta sama.

Piśmiennictwo:

Frank: Zeitschr. f. Biolog. 32 i 37. — Koch Walter: D. funkt. Bau d. menschlichen Herzens. — Lewis Thomas: D. Mechanismus der Herzaktion u. seine klinische Pathologie. — Straub Herman: Dynamik des Säugetierherzens. — Tandler Julius: Anatomie des Herzens. — Tigerstedt Robert: Die Physiologie des Kreislaufes.

Dr D. N. BASAK DACCA. Bengalia, Indie - Iwonicz.
Lekarz praktykant Sanatorium Z. U. S. „Excelsior“ w Iwoniczu.

O niektórych schorzeniach kobiecych w klimacie umiarkowanym i podzwrotnikowym.

Obserwacje, poczynione w czasie odbywania praktyki lekarskiej w całym szeregu europejskich zakładów leczniczych, między innymi w Polsce, nasunęły mi myśl porównania niektórych schorzeń narządów rodnych kobiety i częstości ich występowania w krajach europejskich i podzwrotnikowych.

Temat to bardzo obszerny, niemniej jednak spróbuję w krótkości przejść poszczególne schorzenia, gdzie te różnice wydatnie się zaznaczają, w strefie umiarkowanej i gorącej.

Jednym z poważniejszych zagadnień w krajach gorących jest bolesne miesiączkowanie, jako ogromnie rozpowszechnione wśród młodych kobiet Indii. Kobiety cierpią zazwyczaj bezpośrednio przed miesiączką na silne bóle i bolesne skurcze macicy z towarzyszącymi im obfitymi upławami śluzowymi. Istnieje cały szereg teoryj, wyjaśniających przyczynę tego cierpienia. Niektórzy uważają je za objaw fizjologiczny, inni szukają powodu w złych warunkach higienicznych, jeszcze inni doszukują się momentów psychologicznych.

Leczenie polega na ćwiczeniach fizycznych, poprawianiu warunków higienicznych, leczeniu środkami farmokologicznymi i osobistym wpływie lekarza na chore. W niektórych wypadkach stosuje się wyciągi gruczołowe, gdy tłem schorzenia są zaburzenia wewnątrzwydzielnicze. Stosunkowo rzadko uciekamy się do metod chirurgicznych, ze względu na warunki, sprzyjające zakażeniu. Z metod tych, stosowanych u nas, wymienię: rozszerzenie szyjki macicy, wstrzykiwanie alkoholu do miednicowego nerwu sympatycznego lub splotu przedkrzyżowego i wycięcie *ganglion Frankenhauseri*.

Warunki klimatyczne, panujące w Indiach, wpływają ujemnie na *tonus* mięśni, stąd też niedowład mięśni przepony, miednicy i więzadeł, utrzymujących macicę w prawidłowym ułożeniu, zwłaszcza u wieloródek.

Przypadki te leczymy starodawnym sposobem indyjskiego Jogi Aswini Mudra. Metoda ta jest ogromnie prostą a polega na nakazywaniu chorej wykonywania pewnego rodzaju gimnastyki: zaciskania zwieracza odbytu 30—40 razy w krótkich odstępach czasu, gimnastykę tę należy stosować codziennie. W przypadkach wczesnego stosowania tej metody osiąga się niejednokrotnie dobre rezultaty, unikając częstokroć konieczności późniejszej operacji.

Mimo jednak stosowania tych metod zapobiegawczych, około 75% kobiet w krajach gorących cierpi na wypadanie ścian pochwy i macicy. W tych wypadkach uciekamy się do metod operacyjnych, które w porównaniu ze stosowanymi w Europie różnią się tylko w drobnych szczegółach, jak to miałem sposobność widzieć np. w Klinice Prof. Doederleina w Berlinie. Do nadpochwowej amputacji w takich wypadkach uciekamy się stosunkowo rzadko, stosując najczęściej, oprócz plastyki pochwy i krocza, zawieszenie i umocowywanie macicy na więzadłach krzyżowych, albo podaną przez Prof. Wertheima metodę interpozycji.

Jeżeli chodzi o okres ciaży i porodu, to zwiotczenie mięśni macicy, powłok brzusznych i serca staje się przyczyną licznych powikłań w okresie porodu i połogu, jak przeciąganie się porodu, krwawienia w trzecim okresie porodowym i w czasie połogu i wzmaga możliwość zakażenia.

Do stosunkowo częstych schorzeń kobiecych należą u nas torbiele jajnikowe, które urastają do bardzo dużych rozmiarów. Metody operacyjne nie różnią się od stosowanych w Europie. I tutaj staramy się guzy wydobyć w całości, bez nakłuwania troakarem, co przy ich dużych rozmiarach napotyka nieraz na trudności.

Włókniaki macicy również rosną bardzo szybko w tych warunkach i dochodzą do ogromnych rozmiarów, stwarzając trudności przy operacji, głównie przez przemieszczanie moczowodów.

Przetoki moczowodowe i pęcherzowe, jako powikłania po zabiegach i porodach operacyjnych (stosunkowo duży odsetek kobiet o zniekształconych miednicach) leczymy operacyjnie, bądź to wszczepiając moczowody do pęcherza, bądź też metodą Coffey'a, polegającą na wszczepianiu moczowodów do prostnicy.

W okresie ciąży, sposób odżywiania się kobiet ciężarnych w krajach tropikalnych, często nieodpowiedni, zwłaszcza przy małym uświadomieniu w tej dziedzinie i złych warunkach higienicznych, jest podłożem wielu cierpień i powikłań ciążowych.

Zawartość wapnia, żelaza, magnezu itp. w pożywieniu kobiet ciężarnych krajów podzwrotnikowych jest znacznie mniejsza od tej ilości, którą spożywają kobiety europejskie, nie wspominając już o powszechnym braku witamin, albo małej ich ilości. Najprawdopodobniej z braku witamin często spotykamy takie schorzenia jak *„anaemia microcytica“*, *„anaemia hypochromica“*, *„hyperemesis gravidarum“*, *„polyneuritis toxica“*, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i zakaźne schorzenia przewodu pokarmowego.

Niepowściągliwe wymioty ciężarnych dają w naszej szerokości geograficznej obraz ciężkiego schorzenia z takimi objawami jak: wymioty o typie odwadniającym podobne do cholerycznych, tętno bardzo szybkie, ciężkie zaburzenia psychiczne, utrata pamięci, mowa bełkotliwa, białkomocz; w późniejszym okresie może wystąpić żółtaczka.

Niekiedy wymioty te są nie tyle wyrazem zatrucia ciążowego i pochodzą raczej z braku kwasu solnego w soku żołądkowym a wtedy ustępują przy podawaniu kwasu solnego doustnie. Przeważnie jednak jako objaw ciężkiego zatrucia stają się wskazaniem do natychmiastowego rozwiązania. W przypadkach ciąży wczesnej wykonujemy wyłyżeczkowanie, w przypadkach ciąży za daleko posuniętej wywołujemy poród przez rozmasowywanie szyjki. O ile zachodzi konieczność wykonania zabiegu w znieczuleniu, to stosujemy w takich wypadkach znieczulenie lędźwiowe, unikając podawania narkozy drogą oddechową.

Anaemia microcytica. Rozpoznajemy ją z obrazu krwi. W obrazie tym spotykamy wielką ilość normoblastów, a średnica krwinek czerwonych jest dużo mniejsza niż zwykle. Ilość barwika w krwinkach jest zmniejszona, natomiast ilość samych krwinek w 1 mm^3 nie jest dużo mniejsza, niż w warunkach normalnych, lub też tylko nieznacznie zmniejszona. Stan ten połączony jest z niedokwaśnością żołądka i zmniejszeniem ilości pepsyny. Jeżeli choroby tej wcześnie się nie leczy, to występują krwotoki przy porodzie a następowo zakrzepowe zapalenia naczyń żylnych itp.

Dzieci, zrodzone w tych warunkach, mogą początkowo wyglądać nawet zdrowo, lecz jeśli nie są energicznie leczone wraz z matkami, to więdną i giną bardzo wcześnie.

U niektórych chorych z tą postacią niedokrwistości występują drgawki kończyn dolnych i mięśni powłok brzusznych, podobne do skurczów przy tężcu a nawet wystąpić może skurcz głośni. Odruchy kolanowe są silnie wzmożone. Niejednokrotnie mylnie rozpoznaje się zapalenie nerwów lub gościec, a białkomocz i stan przeddrgawkowy uważa się za objaw zatrucia, tymczasem wszystkie te objawy przypisać należy brakowi witaminy D.

U chorych takich, skarżących się zazwyczaj na drgawki mięśniowe, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, bóle zbliżone do gośćcowych, duże osłabienie, w przypadkach nieodpowiednio lub nie leczonych stwierdzamy zwykle później objawy osteomalacji.

Leczenie: pożywienie obfitujące w witaminy, przebywanie na słońcu i świeżym powietrzu.

Zatrucia ciążowe. Z tych najczęstsze są niepowściągliwe wymioty ciężarnych i ostry żółty zanik wątroby. Największą rolę odgrywają tu szkodliwe produkty przemiany materii, krążące we krwi i niewydolność wątroby. W Europie wysokość ciśnienia krwi jest miarodajnym objawem stopnia zatrucia, lecz w krajach podzwrotnikowych, gdzie naczynia są stale rozszerzone, odgrywa to ciśnienie daleko mniejszą rolę jako objaw rozpoznawczy. Ciśnienie krwi w krajach podzwrotnikowych rzadko przekracza 125—139 mm Hg, a zwapnienie naczyń i krwotoki mózgowe należą do rzadkości.

Leczenie: opróżnianie żołądka i jelit, podawania środków uspokajających, podawanie dożylne glukozy, a jeżeli w krótkim czasie nie widzimy poprawy, to wykonujemy przerwanie ciąży, albo w przypadkach ciąży zaawansowanej przyspieszenie rozwiązania.

W tym miejscu pragnąłbym zwrócić uwagę na pewne charakterystyczne sprawy bardzo aktualne w strefie gorącej. W niestosunku porodowym (przy zwężonej miednicy) stosujemy raczej cięcie cesarskie w dolnym odcinku, niż rozszerzanie szyjki macicy, metreurynzę itp., a to dla uniknięcia zakażenia, o które w naszych warunkach jest bardzo łatwo.

W związku z małą ilością wapnia w pożywieniu ciężarnych, mięsień maciczny po porodzie ma skłonność do nieprawidłowego kurczenia się, przez co często łożysko nie odchodzi z klepsydrowato-obkurczonej macicy. W tych wypadkach podajemy nitroglicerynę i jej pochodne z bardzo dobrym skutkiem.

W Europie, wg moich spostrzeżeń, najczęstszymi chorobami towarzyszącymi ciąży są: gruźlica, zapalenie miedniczek nerkowych, zwyrodnienie łożyska, w krajach podzwrotnikowych zaś do najczęstszych powikłań w okresie ciąży należą: zimnica, kala-azar, *filariosis*, czarna febra, zapalenie wątroby, dury i paradury, Dengue, pchły piaskowe, czerwonka, czerwie (tasiemce itp.), anemia, kiła, martwica łożyska, białaczka itp.

Zimnica. Ona to niszczy i zabija matki i dzieci przez wytwarzanie i następowe wchłanianie toksyn, zaczopowanie naczyń, wysoką gorączkę, brak tlenu we krwi płodów przez blokadę łożyska, zaburzenia w czynności wątroby i nerek, wtórną niedokrwistość, stany śpiączkowe i stany podobne do cholery.

Leczenie: zapobiegawczo stosuje się chininę codziennie, podawaną w ilości 0,2 do 0,3 g przez cały czas ciąży. Niektórzy obawiają się chininy ze względu na jej prowokacyjne działanie w ciąży, niemniej jednak pozostaje ona jedynym lekarstwem w tym schorzeniu. Poza tym wzmaga chinina jędrność mięśnia macicy, dzięki czemu nie spotyka się później niedowładów, a zapobiegając niedokwaśności żołądka, nie dopuszcza do wymiotów. Chininę podaje się codziennie razem lub na przemian z sodą (dwa razy więcej sody, niż chininy). Z początku trzy razy dziennie przez 3 dni, następnie przez 14 dni po 2 razy dziennie, a w końcu raz dziennie w ciągu co najmniej 3 miesięcy. Stosujemy również Atebrynę Bayera a potem Plasmochinę w tabletkach. W razie biegunek, żółtaczki, wymiotów, podajemy glukozę i kamforę w proszku.

Rozpoznanie zimnicy opiera się na dodatnim wyniku badania krwi albo też na odczynie mocznikowo-stibamonowym i na dodatnim wyniku próby Chopry.

Kala-Azar. Schorzenie to leczymy winianem antymonowo-sodowym, ureastibaminem, neostibosanem itp.

Filariosis. Objawy: nagłe wystąpienie bólów w kończynach dolnych lub piersiach z następowym pojawieniem się ropnia. Po trzech miesiącach nawrót. Zazwyczaj brzęknie jedna noga a potem druga. Tym objawom towarzyszy wysoka ciepłota, poty, jedna warga sromowa brzęknie lub nabiera wyglądu miękkiego brodawczaka z powodu bujania splotów żylnych sromu. Często występują objawy ogólnego zakażenia i występuje obraz bardzo ciężkiego stanu chorobowego.

Leczenie: szczepionka przeciw filariozie, albo szczepionka arsenowo-durowa, soamina, arseno-ferratosa itp. Środki te można stosować, jednak przyznać należy, że dotychczas nie znaleziono skutecznego leku przeciwko tej chorobie. W razie konieczności szybkiego rozwiązania przeciwwskazane są kleszcze, ze względu na niebezpieczeństwo krwawienia i wykonać należy raczej cięcie cesarskie w dolnym odcinku.

Czerwonka. Najczęściej spotyka się typ Flexnera i Shiga lub mieszane. Podajemy zwykle w tych wypadkach wieloważną szczepionkę przeciwczerwonkową. Dobrym środkiem jest również kaolina, bakteriofag itp. W czerwonce pełzakowej podaje się Kurchia, Isphagula, Anabinę (Emetyna bizmutowo-jodowa), jednak nie należy emetyny podawać, dopóki nie stwierdzi się mikroskopowo pełzaków w stolcu, gdyż emetyna powoduje niekiedy poronienia.

Ankylostomiasis (choroba tęgoryjca dwunastniczego). Wczesnymi jej objawami są: niedokrwistość, obrzęki, język o wyglądzie kości słoniowej, suche i łamliwe włosy, twarz nalana, potem dołączają się objawy sercowe i białkomocz. Celem stwierdzenia przyczyny tego stanu konieczne jest badanie stolca.

Leczenie: chorą należy położyć do łóżka na 3 dni, podając przed rozpoczęciem leczenia glukozę, naparstnicę i zalecając pożywienie, obfitujące w witaminy. Następnie podaje się kombinację *ol. Chenopodii* 0,5 cm^3, czterochlorek węgla 1 cm^3, siarczan magnezu 60 cm^3. Jedną porcję podaje się rano na czczo, a po dwóch godzinach lewatywę. Tak postępujemy w ciągu 2 tygodni.

Niedokrwistość wielko-komórkowa. Objawy: ciepłota dochodzi do 39°, twarz purpurowo-czerwona, duszność, tętno silnie napięte i szybkie, białkomocz, wybroczyny na dnie oka. Wskaźnik barwny krwi powyżej 1, w obrazie zaznaczona poikilocytoza. Rozpoznać można mylnie dur, zimnicę, zapalenie wsierdzia, z powodu dużej śledziony i wybroczyn na dnie oka. Jeżeli sprawa nie jest leczona, to chore umierają z objawami niedomogi lub porażenia serca. O schorzeniu tym myślimy zawsze, jeżeli znajdujemy dużą śledzionę, zaznaczoną niedokrwistość i wzrastającą ciepłotę. Dzieci zrodzone przez takie matki są żywe, lecz umierają w ciągu kilku dni z objawami odwodnienia, wygląd ich jest starczo-zwiędnięty. W tym stanie chore łatwo ulegają zakażeniu, dlatego, o ile możności, unikamy badania wewnętrznego.

Leczenie: Marmit 0,5 g raz dziennie łyżeczkę herbacianą w mleku, herbacie, zupie. Podajemy również wyciągi wątroby lub samą wątrobę, zastrzyki np. hepateksu, wentrykulinę itp. W bardzo poważnych przypadkach stosujemy przetaczanie krwi po 100 cm^3 jednorazowo. Większych ilości na raz podawać nie można, ze względu na płód.

W leczeniu duru, paraduru, kiły, białaczki itp. stosujemy leczenie ogólnie przyjęte w tych schorzeniach.

Zbytecznym było by tu wspominać o zaśniadzie groniastym i innych schorzeniach i metodach leczniczych, stosowanych u nas, gdyż metody są tu takie same, jak w Europie. Jedno tylko godne jest może wzmianki, a mianowicie stałe podawanie stężonej surowicy przeciw zakażeniu, we wszystkich przypadkach, podejrzanych o możliwość zakażenia.

Dr Artur HULLES. Tarnów.

Dwa przypadki wrzodu trawiennego żołądka, oporne na zwyczajne leczenie, a oddziałujące na zastrzyki Larostidiny „Roche".

Zachęcony dobrymi wynikami, osiągniętymi przez zagranicznych autorów po stosowaniu Larostidiny „Roche", postanowiłem wypróbować ten preparat w dwóch przypadkach wrzodu trawiennego żołądka, których opis podaję poniżej:

Przypadek I: Chora F. L., l. 30, zgłosiła się do mnie dnia 28. II. ub. r. z powodu bólów w dołku podsercowym, występujących w 1—2 godziny po jedzeniu, a promieniujących do kręgosłupa (na przestrzał). Poza tym skarży się chora na odbijanie kwaśną treścią żołądkową i zgagę po jedzeniu. Stolec zaparty (± 2 razy na tydzień). Badaniem przedmiotowym nie stwierdza się, poza nieznaczną bolesnością uciskową w zagłębieniu pod wyrostkiem mieczykowatym mostka, nic patologicznego, ani w obrębie jamy brzusznej, ani w innych narządach.

Badanie treści żołądkowej przy pomocy zgłębnika wykazało: na czczo: 30 cm³ treści, wolny HCl 30°, og. kwas. 35°. W 30 min. po śniadaniu alkoholowym 120 cm³ treści, wolny HCl 45°, og. kwas. 75°. W stolcu próba benzydynowa wykazała obecność krwi utajonej. Na badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego chora się nie zgadza. Rozpoznałem wrzód trawienny żołądka. Przepisałem chorej odpowiednią dietę (bardzo ścisłą), oraz zażywanie mieszanki, którą stosuję od dawna, na ogół z dobrym wynikiem leczniczym: *Calc. carbon., praec., Bismut. carbon.* āā 5,0, *Natr. bicarb., Magnes. sulfur. Carbon. ligni subtilissime pulv.* āā 10,0, *Perparin., Extr. Belladon.* āā 0.30. Mfp. S. 4 razy dziennie po ½ łyżeczki kawowej przed jedzeniem.

Chora zażywała proszek przez 2 tygodnie, po czym zgłosiła się ponownie podając, że zgaga ustała, natomiast ból w okolicy żołądka pojawia się nadal po jedzeniu, choć w lżejszym, niż poprzednio nasileniu.



Wobec tego, że chora uskarżała się na przykry smak mieszanki, a w opłatkach zażywać jej nie umiała, zapisałem jej tym razem Gelogastrynę „Licardy" (3 razy dziennie po ½ łyżki stołowej przed jedzeniem i w razie bólów), która jest preparatem dość smacznym i w lżejszych przypadkach bardzo skutecznym. Po użyciu 2 pudełek Gelogastryny, chora zjawiła się znowu, twierdząc, że czuje się nieco lepiej, ale bóle, choć rzadziej, ciągle jeszcze wracają.

Wobec tego postanowiłem przeprowadzić energiczniejsze leczenie, mianowicie zastrzykami Larostidiny, która według opinii zagranicznych autorów, jak Weissa ze Strassburga, Volharda z Frankfurtu i innych, miała dawać zdumiewająco szybkie i dobre wyniki w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. Wpływ zastrzyków był rzeczywiście nadzwyczajny. Już po 3 zastrzykach bóle zupełnie ustały, czym zachęcony przeprowadziłem dalsze leczenie stosując ogółem 18 zastrzyków (codziennie zastrzyk domięśniowy przez 6 dni w tygodniu, siódmy dzień wolny od zastrzyku). Po 6 zastrzykach mogłem już chorej rozszerzyć znacznie dietę, nie narażając jej na żadne dolegliwości ze strony żołądka. Obecnie, tj. już przeszło 5 miesięcy od ukończenia leczenia Larostidiną, chora czuje się nadal doskonale mimo, że je wszystko, oprócz pieczonego i smażonego mięsa, oraz ostrych przypraw, których jej zabroniłem.

Przypadek II: 14. V. 1936. Chora M. M., l. 59, podaje, że od 2 lat cierpi na bóle w okolicy żołądka, występujące 1/2—3/4 godziny po jedzeniu, oraz na silne pieczenie w przełyku. Niekiedy ma okresy 2—4-tygodniowe wolne od tych dolegliwości, zwłaszcza jeżeli przestrzega ścisłej diety. Podaje, że w ostatnich latach straciła na wadze około 10 kg. Zdjęcie rentgenologiczne okazane przez chorą, wykonane przed 2 tygodniami (z którego odbitkę części środkowej załączam), wykazuje dużą niszę w okolicy krzywizny małej żołądka. Chora była dotąd leczona przez szereg lekarzy, zresztą bardzo racjonalnie (jak wynikało z okazanych mi ordynacyj) farmakologicznie i dietetycznie, jednak bez poprawy.

Wobec takiego stanu rzeczy, zaproponowałem chorej, zachęcony dobrym wynikiem leczniczym w przypadku wyżej opisanym, zastrzyki Larostidiny.

I tym razem wynik leczenia był bardzo korzystny, choć nie tak szybki, jak w poprzednim przypadku. Bóle ustały dopiero po 9 zastrzykach, ale nie powróciły już do dnia dzisiejszego, mimo, że zaleciłem chorej intensywne odżywianie się, naturalnie przy unikaniu potraw szczególnie silnie pobudzających wydzielanie się kwasu solnego w żołądku. W ogóle chora ta otrzymała 24 zastrzyki domięśniowe Larostidiny, z czego 18 w ciągu pierwszych 3 tygodni, dalsze sześć po 6 tygodniach dla utrwalenia wyników leczenia. Przybrała dotąd 3 kg.

Było by interesującym stwierdzenie rentgenologiczne, czy i o ile poprawie klinicznej odpowiada anatomiczna. Chora jednak nie zgodziła się na ponowne badanie rentgenologiczne.

Szybkie występowanie poprawy przy leczeniu zastrzykami Larostidiny i możliwość zastosowania bardziej urozmaiconej diety, niż przy innym leczeniu wrzodu żołądka lub dwunastnicy rokują temu preparatowi powodzenie, tym bardziej, że — o ile mi wiadomo — nie ma on przeciwwskazań (jedynie przy *silnych* krwawieniach z owrzodzenia należy chwilowo nie stosować zastrzyków).

Piśmiennictwo:

1) Aron E. i Weiss A. G.: La Presse Médicale. Nr 93. Str. 1880. 1933. — 2) Stolz A. i Weiss A.: Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie. Nr 6. Str. 237—244. 1935. — 3) Winter H.: Med. Klinik. Nr 21. Str. 686. 1935. — 4) Bulmer E.: The Lancet. Nr 5806. Str. 1276—1278. 1934. — 5) Ratschow M.: Dtsch. Med. Wschr. Nr 24. Str. 953—955. 1935. — 5) Merbs W.: Med. Klinik. Nr 27. Str. 899. 1935. — 6) Bauke E.: Dtsch. Med. Wschr. Nr 38. Str. 1510—1514. 1935.

Dr Maksymilian BLASSBERG. Kraków.

O sercu mięśniakowym.

W ustroju kobiecym zachodzą liczne łączniki między czynnościami i zaburzeniami narządu rodnego a resztą ustroju, a w szczególności narządem krążenia. Łączniki te idą różnymi drogami, bądź jako sprawy zakaźne, nerwowe albo hormonalne. Jeden z takich objawów łącznikowych stanowi tak zwane „serce mięśniakowe", to jest zespół objawów sercowych, który przez długie lata — aż do dnia dzisiejszego — jest przedmiotem sporu klinicystów.

Niektórzy klinicyści dopatrywali się w sercu mięśniakowym odrębnej jednostki patologiczno-klinicznej, związanej swoiście w zależności przyczynowej od mięśniaków macicy. Stwierdzając często równocześnie mięśniaki macicy z objawami i dolegliwościami sercowymi, przyjmowano, że drogą wydzielania swoistych toksyn mięśniakowych oddziałują mięśniaki maciczne na mięsień sercowy, wywołują jego zwyrodnienie i powstanie obrazu *myocarditis.* Związek ten przyjmowano na podstawie działań bodźcowych i odruchowych, wychodzących z narządów rodnych, oraz głównie na tej podstawie, że po usunięciu całych schorzałych narządów lub części narządu rodnego dolegliwości sercowe ustępowały. Ale zarówno badania anatomiczne, jak i kliniczne nie doprowadziły do ugruntowania takiego poglądu. Anatomicznie jedni autorowie twierdzili, że zachodzi *myofibrosis cordis,* ze zwiększeniem tkanki łącznej międzymięśniowej, inni twierdzili, że w przypadkach mięśniaków bez krwawień znajduje się zanik brunatny mięśnia sercowego a przy krwawieniach ponadto zwyrodnienie tłuszczowe. Jedynie tyle można twierdzić, że dotychczas nie stwierdzono jednolitej anatomicznej podstawy dla serca mięśniakowego. Co się tyczy strony klinicznej, to tłumaczenia tej sprawy zaczęły ulegać zmianom i wahaniom, w miarę powstawania nowych zdobyczy w dziedzinie hormonologii i zmian

poglądów na objawy sercowe i czynność serca. Zaczęto liczne dolegliwości i objawy sercowe przypisywać czysto somatycznym lub mechanicznym zmianom i nieprawidłowościom w sercu, np. takim jak nieprawidłowa ruchomość lub obwisłość serca, ściśnienie serca w przestrzeni, zrosty, nieprawidłowy stan przepony i podniesienie serca ku górze itp. Stany te omówiłem szczegółowo w pracy pt.: „O nerwicach serca i stanach pokrewnych" (Przegląd Lekarski. 1917). Poglądy w tej sprawie musiały się zmieniać od czasu, gdy zaczęto systematycznie, często, starannie i planowo badać chore, dotknięte mięśniakami macicy i kontrolować dokładnie ich stan serca przed operacją i po zabiegu operacyjnym. Idąc tą drogą Winter wykazał na materiale z 266 chorych, że w 60% przypadków serce było zupełnie prawidłowe, w 30% były słyszalne szmery anemiczne, w 6% stwierdzono przerost i rozstrzeń serca bez zajęcia mięśnia sercowego i bez wad sercowych, a tylko w 1% stwierdzono *myocarditis* i w 1% wady sercowe. Na podstawie dotychczasowego stanu rzeczy można stwierdzić, że dotychczas nie udało się ani w jednym przypadku na pewno udowodnić, iż zaburzenia czynnościowe lub podmiotowe dolegliwości sercowe u chorych z mięśniakami macicy pozostają w bezpośrednim związku przyczynowym z mięśniakami macicy (Jaschke).

I pogląd hormonalny oparty jest na kruchych podstawach. Ponieważ objawy tzw. „serca mięśniakowego" są klinicznie bardzo podobne do objawów tyreotoksycznych sercowych, spotykanych w chorobie Basedowa, a nadto wiele kobiet z mięśniakami macicy okazuje nieprawidłowości w tarczycy, przeto niektórzy autorowie (L. Braun) określają te zaburzenia jako wręcz tyreotoksyczne lub przyjmują, że zmiany tarczycowe pozostają w ścisłym związku ze zmianami w narządzie rodnym np. z przejawami wstecznymi w jajnikach. Nadto przyjmują, że krwawienia na skutek mięśniaków pociągają za sobą uszkodzenie serca. Już ten dodatek o uszkadzającym działaniu krwawień na serce świadczy, że objawów tych tylko hormonalnie wytłumaczyć się nie da, pomijając już przypadki, w których nie ma w ogóle objawów sercowych przypominających toksykozy. Albowiem u kobiet w okresie pokwitania i przekwitania często występują zaburzenia sercowe, bicie serca, przyspieszenie akcji serca, arytmia, lęki sercowe itp. objawy w związku z zaburzeniem wydzielniczym jajników. Ale bardzo często są one związane z wpływem nerwów i występują najczęściej u osobników z chwiejnym systemem nerwowym, a niejednokrotnie poza podmiotowymi objawami nie stwierdza się klinicznie ani rentgenologicznie żadnych zmian.

W ten sposób dochodzimy do poglądu trzeciego, który uwidacznia się dopiero po szczegółowej analizie zespołu objawów tzw. „serca mięśniakowego". Zazwyczaj chodzi tu o kobiety, które już przez dłuższy czas chorują na mięśniaki macicy. Najczęściej cierpią już od lat na mniej lub więcej obfite długotrwałe krwawienia i, co za tym idzie, są niedokrewne. Serce, albo raczej stłumienie sercowe, bywa powiększone. Nad koniuszkiem serca słyszalny jest szmer skurczowy, a często bywa drugi ton nad opłucną lub nad tętnicą główną zaakcentowany. Dość często bywa wydatność pracy serca obniżona, a czynność jego wyraźnie niedomaga. Takie serce łatwiej podlega wpływom, które inne serca dobrze znoszą, np. nie znosi dłuższej narkozy chloroformowej lub długiego trwania operacji. Niekiedy wynik operacji jest niezadawalniający przez niedomogę serca a nawet bywają wypadki śmierci sercowej po cięższych i długotrwałych zabiegach operacyjnych. Jako wyraz niedomogi sercowej obserwuje się znaczne przyspieszenie akcji serca i częstości tętna z powodu błahych przyczyn albo trwały częstoskurcz. Dlatego też niektórzy operatorowie zasadniczo przed każdą operacją mięśniaków przeprowadzają leczenie naparstnicowe, aby zapobiegawczo wzmocnić serce przed zabiegiem. Jama brzuszna i narządy w niej zawarte, a zwłaszcza wątroba i nerki, też podlegają zmianom, ale trudno jest ocenić w jakim stopniu zależą one od serca lub od zmian w jamie brzusznej, wywołanych przez mięśniaki maciczne. Również obrzęki trudno jest ocenić, czy zależą od serca, czy od wypełnienia jamy brzusznej guzami. Skutkiem tego stanu jest podniesienie i wysoki stan przepony oraz następowo właśnie przyleganie serca na większej przestrzeni do ściany klatki piersiowej a także powiększenie się wymiarów stłumienia sercowego, które zazwyczaj ludzi, jakoby serce było powiększone. Jak widzimy zatem znaczna część zespołu objawowego „serca mięśniakowego" daje się wytłumaczyć na drodze czysto mechanicznej. Albowiem dowiedzioną jest rzeczą, że zdrowe, nerwowo pobudliwe serce już tylko dzięki położeniu poprzecznemu może być źródłem wyraźnych dolegliwości. Już wysoki stan przepony, jaki np. spotykamy także w ciąży, obniża czynnościową sprawność serca, czego wyrazem bywa rozszczepienie drugiego tonu nad tętnicą płucną. W innych przyp. przewlekła niedokrewność, która u tych chorych pojawia się skutkiem długotrwałych krwawień, może wywołać rozstrzeń serca. Wiele niedokrewnych chorych z powodu krwawień dużo leży co powoduje otyłość, która zwykle w tych stanach odgrywa dużą rolę i może wywołać zmiany w mięśniu sercowym. U niektórych kobiet spotykamy miażdżycę tętnic a u innych stany tyreotoksyczne, które wpływać mogą na powiększenie serca. Jednym z objawów „serca mięśniakowego" jest szmer czynnościowy występujący w pozycji leżącej. Jak wiadomo, niektóre szmery sercowe są słyszalne albo znikają zależnie od pozycji czy to stojącej, czy siedzącej lub leżącej chorego, często bez zrozumiałego dla nas powodu. Jednak szmery te pozostają w związku ze zmianą w czynności serca w zmienionym położeniu, i to zdaje się nie ulegać wątpliwości. W tym kierunku ważne są dowodzenia Dietlena, który wykazał, że przyczyną takiego szmeru jest poprzeczne położenie serca, związane z wysokim stanem przepony, wywołanym przez mięśniaki macicy. Albowiem przez poprzeczne położenie serca kierunek prądu krwi ulega zmianie i przyczynia się do powstawania szmerów skurczowych. Do powstawania takiego zjawiska akustycznego przyczynia się ponadto ta okoliczność, że w czasie położenia na grzbiecie przepona przesuwa się ku górze. Jeżeli szmery sercowe, słyszalne w sercu kobiet z mięśniakami macicy mają charakter anemiczny, wskutek częstych krwawień, wówczas, jak to stwierdza Biegański, są one zależne od złego odżywiania mięśnia sercowego, a głównie mięśni brodawkowych serca, naciągających zastawki. Podczas skurczu niedostatecznie kurczące się mięśnie brodawkowate nie są w stanie zamknąć zastawek; powstaje więc względna niedomykalność, powrót krwi do przedsionka i wiry, wyrażające się w postaci szmerów. Takie szmery anemiczne bywają zawsze skurczowe, są podmuchowe lub chuchające, a nie szorstkie ani skrzypiące i bywają najwyraźniej słyszalne u podstawy serca, a tylko bardzo rzadko u wierzchołka.

Aczkolwiek jest niewątpliwą rzeczą, że u kobiet z mięśniakami macicy często spotykamy się z objawami i zaburzeniami sercowymi, to jednak widzimy, że zaburzenia te nie mają w sobie nic charakterystycznego ani swoistego dla mięśniaków, lecz występują niezależnie od nich po części na tle ogólnych zaburzeń w ustroju, które tylko niekiedy i to często pośrednio zawdzięczają swoje powstanie mięśniakom macicy. Wiele kobiet, dotkniętych mięśniakami macicy, nie okazuje żadnych objawów sercowych, jeżeli te mięśniaki nie są dość duże, aby wywierały wpływ mechaniczny i jeżeli nie łączą się z okresem przejściowym lub innym zaburzeniem hormonalnym albo ze stanem nerwicowym.

Na podstawie powyższych rozpatrywań musimy dojść do wniosku, że słuszność jest po stronie tych klinicystów, którzy (jak np. Krehl) nie uznają wcale „serca mięśniakowego", jako odrębnej jednostki klinicznej. Objawy te stanowią zespół, zmienny w swoich składnikach i zmieniający się u poszczególnych osobników. Poszczególne objawy nie mają jednorodnej i jednolitej etiologii, a zwłaszcza nie można przyjąć bezpośredniego związku przyczynowego stałego ze zmianami w macicy. Objawy te powstają na skutek wpływów zewnętrznych lub jako pośrednie skutki i następstwa schorzenia narządów rodnych kobiecych. W tym też kierunku dążyć powinny zabiegi lecznicze. Jeżeli objawy sercowe spowodowane są przez rozrost przestrzenny mięśniaków macicy, wówczas ze stanowiska internistycznego wskazane jest operacyjne usunięcie mięśniaków, a nawet, można by postawić tezę, że z tego powodu wczesne usunięcie operacyjne włókniaków chroni przed rozwojem objawów sercowych.

Dr Adolf SCHWARZBART. Kraków.

Z kazuistyki rzadszych nowotworów niezłośliwych krtani.

Z Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W pracy niniejszej zamierzam przedstawić dwa przypadki, które badałem i operowałem na swoim Oddziale Otolaryngologicznym, a które zostały zbadane histopatologicznie w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. w Krakowie.

I. Tłuszczak krtani. A. N., mężczyzna, 45-letni, był przezemnie operowany po raz pierwszy przed 20 laty z powodu guza krtani wielkości małej śliwki. Guz ten makroskopowo wyglądał na włókniaka, drobnowidowego badania wówczas nie przeprowadzono. Od czasu operacji chory był zdrowy. Od kilku miesięcy zjawiły się ponownie trudności przy mówieniu, połykaniu i oddychaniu, lecz bez wyraźnej duszności.

Badanie dnia 4. V. 1936: W obrazie laryngoskopowym stwierdza się guz, przysłaniający niemal cały obraz krtani. Widzialna jest tylko okolica przedniego spoidła i nagłośnia wraz z szypułką *(petiolus)*; ku tyłowi przechodzi guz, zwężając się, ponad oko-

licą nalewkową, gdzie przysłania częściowo lewą zatokę gruszkowatą. Guz jest obły, gładki, blado różowy. W swojej przedniej części wznosi się nieznacznie w czasie wydechu, silnie podczas kaszlu, podczas gdy okolica tylna (szypuła) pozostaje na miejscu. Zgłębnikiem stwierdza się miękkość i bezbolesność guza. Na powierzchni jego biegną nieliczne cienkie, jasnoczerwone, rozwidlające się naczynia krwionośne. Po śródkrtaniowym usunięciu guza, połączonym z nieznacznym krwawieniem, stwierdzić mogłem lekko krwawiącą nasadę szypuły na lewym więzadle nalewkowo-nagłośniowym, blisko linii środkowej. Poza tym nie okazuje obraz laryngoskopowy nic nieprawidłowego oprócz miernego zaczerwienienia strun.

Wyjęty guz ma wielkość małego orzecha włoskiego, szypułę krótką o średnicy 6 mm. Ułożony na podstawie tuż po wyjęciu z krtani przypłaszcza się znacznie z powodu swojej miękkości, skutkiem czego zwiększa się znacznie jego średnica.

Badaniem drobnowidowym (Ryc. 1) stwierdza się budowę drobnozrazikową o zrazikach mniej więcej równych, owalnych, które złożone są z typowej tkanki tłuszczowej, barwiącej się charakterystycznie sudanem. Pokrywa guza złożona jest z nabłonka wielowarstwowego płaskiego, dość znacznej grubości. Ani wśród warstw nabłonka, ani głębiej nie widać gruczołów. Tkanka łączna stanowi pod nabłonkiem zwartą warstwę, wśród której znajdują



Ryc. 1. A. N., mężczyzna, lat 45. Tłuszczak krtani. (Zeiss Planar 7.5, wyciąg miecha 78.3).

się nieliczne małe naczynia krwionośne i komórki tłuszczowe poszczególne lub w małych grupach. Stopniowo wnika tkanka łączna pomiędzy głębiej leżące zraziki tkanki tłuszczowej, przegradzając je miernie grubymi pasmami. Wśród tkanki łącznej zauważyć można dość liczne zbite skupienia drobnych komórek przypominających limfocyty. Przeważnie można w środku tych skupień znaleźć naczynie krwionośne o małej średnicy. W preparacie zabarwionym sudanem widać szczególnie wyraźnie, że udział tkanki łącznej w obrazie ogólnym utkania jest dość znaczny. Ilość tkanki tłuszczowej może być określona jako mniej więcej równa ilości tkanki łącznej.

Przechodząc do omówienia guza należy stwierdzić, iż tłuszczak należy do najrzadszych nowotworów krtani. G o l d s t e i n znalazł w piśmiennictwie do roku 1909 trzynaście przypadków tłuszczaków krtani. Według E. M a y e r a (Henke-Lubarsch T. III/1. 1928) przybyło ich potem w piśmiennictwie zaledwie kilka. Tłuszczaki krtani rosną powoli, osiągając z czasem znaczne rozmiary i wtedy mogą stanowić zawadę nie tylko w krtani, lecz także w gardle i przełyku. Są już to gładkie, już to kilkupłatowe. Podstawa ich tylko wyjątkowo bywa szeroka, przeważnie zaś są uszypułowane. Spoistość ich jest miękka, nieco elastyczna, barwa bladoróżowa lub żółtawa. Punktami wyjścia bywają: nagłośnia, fałd nagłośniowo-nalewkowy, więzadło rzekome lub tylna ściana krtani. Znajdowano je przeważnie w wieku dojrzałym, wyjątkowo także wcześniej; tak np. M e y e r s usunął tłuszczaka krtani u ośmioletniego chłopczyka. Śluzówkę znajdowano pokrytą nabłonkiem nieco zgrubiałym i zawierającą często rozszerzone naczynia. Między zrazikami tkanki tłuszczowej stwierdzano przegródki z tkanki łącznej już to delikatne i bogato unaczynione, już to grubsze. Skutkiem tego odróżniano czyste tłuszczaki od tłuszczako-włókniaków. Niekiedy znajdowano w guzie także włókna mięsne gładkie *(fibromyolipoma)*.

Opierając się na powyższych danych, należy określić opisany guz jako włókniako-tłuszczak *(fibro-lipoma)*, przy czym prawdopodobnie chodzi tu o rzadki, jeśli nie jedyny w piśmiennictwie, przypadek tłuszczaka nawrotnego, którego początki sięgają chyba, — zważywszy bardzo powolny, bo 20-letni rozwój guza nawrotnego — wieku bardzo młodego. Dalszą godną uwagi cechą opisanego guza są skupienia drobnokomórkowe okołonaczyniowe.

II. Torbiel wrodzona krtani. Chora P. J., 60-letnia, została skierowana do mnie przez specjalistę z prowincji z rozpoznaniem: *„polypus chordae vocalis dextrae, susp. quoad neoplasma"*. Wedle wywiadów rozwijała się u chorej w ostatnich miesiącach bez wiadomej przyczyny trudność w oddychaniu, która w ostatnich tygodniach nabrała cech trwałej duszności. Urazu, aspiracji ciała obcego i żadnych chorób w wywiadach się nie stwierdza. Nie ma również danych, przemawiających za przebytą kiłą lub za gruźlicą.

Badanie dnia 22. VII. 1935. Obraz znacznej duszności głównie wdechowej, z głośnym cieśniowym wdechem *(stridor)*. Badanie laryngoskopem stwierdza w okolicy głośni okrągły guz, wielkości dużego orzecha laskowego, barwy czerwonawej, przesłaniający zupełnie struny głosowe. Guz zwęża się cokolwiek w kierunku prawej strony krtani i zdaje się wychodzić z okolicy prawej struny głosowej prawdziwej lub kieszonki Morgagniego. Poza tym śluzówka całej dostępnej oku części krtani jest przekrwiona i miernie nabrzmiała. Odżywienie chorej dość dobre, cera prawidłowa. W narządach wewnętrznych nie ma zmian szczególnych. Usunąłem śródkrtaniowo guz, który wąską szypułą przyczepiony był w podanej wyżej okolicy. Krtań po wyjęciu guza przedstawiała obraz przewlekłego zapalenia przerostowego *(laryngitis chronica hyperplastica)*. Głos trochę zachrypnięty. Guz wyjęty w stanie nieuszkodzonym jest wypełniony treścią półpłynną. Przekrój jego ściany przedstawia rycina 2.



Ryc. 2. P. Z., kobieta, lat 60. Torbiel wrodzona krtani. (Zeiss Planar 7.5, wyciąg miecha 82).

Badaniem drobnowidowym (Ryc. 3 i 4) stwierdza się torbiel wysłaną nabłonkiem wałeczkowatym, migawkowym, wielorzędowym. Ściana torbieli złożona z dość wiotkiej tkanki łącznej zawiera gniazda limfocytów, a w grubszej części gruczoły. Gruczoły te nieliczne, o świetle owalnym lub nieregularnym, wysłane są wysokim nabłonkiem wałeczkowatym, kilkuszeregowym. Od strony drugiej pokryta jest torbiel nabłonkiem wielowarstwowym płaskim zupełnie regularnym. Żadnych cech nowotworu złośliwego nie widać.

Wśród niezłośliwych nowotworów krtani stanowią torbiele zjawisko niezbyt rzadkie. Są one jednak znacznie rzadsze, niż np. brodawczaki lub włókniaki. Najczęściej spotyka się je u mężczyzn w wieku dojrzałym. Sadowią się przeważnie na przedniej stronie nagłośni. Dalsze kolejne miejsca w skali częstości zajmują okolice chrząstek nalewkowych, struny rzekome i tylna ściana krtani. Wielkość torebki waha się w szerokich granicach od główki szpilki do jaja kurzego. Największe mogą wypuklać kontury szyi. Kształt bywa wrzecionowaty lub kulisty, treść

rzadsza lub gęstsza, przezroczysto-wodnista lub mętna. Treść ta prześwieca zazwyczaj przez scieńczałą ścianę torbieli i rozstrzyga o jej barwie. Niekiedy torbiele te bywają wielokomorowe. Drobnowidowo znajdujemy na tkankołącznowej ścianie o wejrzeniu według Baumgartena mieszkowatym *(balgartig)* śluzówkę. pokrytą nabłonkiem wałeczkowatym lub płaskim zależnie



Ryc. 3. P. Z., kobieta, lat 60. Torbiel wrodzona krtani. Nabłonek płaski. (Zeiss, Obj. 16 mm. Homal II, wyciąg miecha 65).



Ryc. 4. P. Z., kobieta, lat 60. Torbiel wrodzona krtani. Nabłonek wałeczkowaty. (Zeiss, Obj. 16 mm. Homal II, wyciąg miecha 65).

od natury torbieli. Torbiel jest to bowiem pojęcie zbiorowe, obejmujące torbiele: 1) wrodzone, 2) zastojowe, 3) urazowe i 4) limfatyczne. Co do przedstawionego przypadku rozpoznanie różniczkowe wedle powyższej klasyfikacji przedstawia się, jak następuje. Torbiele zastojowe i limfatyczne są wysłane nabłonkiem jednowarstwowym, skutkiem czego nie wchodzą tu w rachubę. Pomijam tu, że niektórzy autorowie w ogóle nie uznają torbieli limfatycznych. Torbiele urazowe maja charakterystyczną historię swego powstania i typową siedzibę na przedniej powierzchni nagłośni, co się wiąże z okolicznością, iż przeważnie uraz łączy się z pobieraniem pokarmów. Opisany tu przypadek należy więc ze względu na brak cech wywiadowych i siedziby, charakterystycznych dla torbieli urazowej zakwalifikować jako torbiel wrodzoną. Torbiele wrodzone znajdowano przeważnie na fałdach nalewkowo-nagłośniowych lub wewnątrz krtani. Wyścielone bywają nabłonkiem wałeczkowatym migawkowym lub płaskim. W drugim przypadku odznaczają się według Glasa ukształtowaniem brodawkowatym warstwy nabłonkowej. W ścianie mogą znajdować się liczne włókna sprężyste. Treść bywa najczęściej gęstawą miazgą. Niektórzy autorowie widzieli w ścianie drobne skupienia tkanki chrząstkowej. Etiologia torbieli wrodzonych jest sporna. Najmniej prawdopodobne jest pochodzenie skrzelowe, albowiem krtań nie ma żadnego ontogenetycznego związku ze szczelinami skrzelowymi. Czysto hipotetyczny jest związek z przewodem tarczyczno-językowym. Przewód ten, przebiegający w najbliższym sąsiedztwie krtani, posiada nabłonek na przemian wałeczkowaty i płaski. Sposobność do odsznurowywania się gniazd nabłonkowych i powstawania torbieli wysłanych nabłonkiem wałeczkowatym lub płaskim mógłby nastręczać fakt, iż w okolicy tej następuje zetknięcie różnych listków zarodkowych. Mielibyśmy tu w takim razie do czynienia z tworami analogicznymi do epidermoidów (fissuralnych) skóry. Torbiel opisana przez Goudiera miała rzekomo zawierać włosy. Z uwag powyższych wynika, że w ogóle etiologię torbieli wrodzonych krtani należy na razie uważać za niewyjaśnioną.

Stefan HOROSZKIEWICZ i Józef MAKOWIEC. Poznań.

Wpływ ziemi jako podłoża śladów krwawych na wyniki próby precypitynowej.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Poznańskiego.

Doniesienie tymczasowe.

W lipcu 1935 roku przesłano do Zakładu Medycyny Sądowej U. P. w związku z zabójstwem śp. J. S. szereg dowodów rzeczowych celem zbadania, czy krew znachodząca się na przedmiotach, będących własnością podejrzanych o zabójstwo, należy do tej samej grupy serologicznej, do której należy krew zabitego.

Między przedmiotami tymi znachodził się słoik, zawierający „zakrwawioną ziemię, pobraną z miejsca tuż obok zwłok śp. J. S.".

Badanie widmowe ziemi wykazało obecność krwi. Z kolei przystąpiono do wykonania próby precypitynowej. Po zalaniu kilku grudek ziemi fizjologicznym rozczynem soli kuchennej i pozostawieniu w spokoju przez 24 godziny, wyciąg odwirowano i wykonano próbę z surowicą precypitacyjną o mianie 1:20000, wytworzoną w Zakładzie Medycyny Sądowej U. P. Próba wbrew oczekiwaniu wypadła ujemnie. Wobec tego wykonano próbę tę wielokrotnie z wyciągami, przygotowanymi w ciągu 48 godzin, jednak zawsze z wynikiem ujemnym mimo wykazania obecności białka w wyciągach kwasem azotowym i sulfosalicylowym.

Wobec tego nasunęły się wątpliwości, czy rzeczywiście notatka policji, że słoik zawiera „zakrwawioną ziemię, pobraną z miejsca tuż obok zwłok śp. J. S.", odpowiada prawdzie. Zażądaliśmy aktów dochodzeń, celem dokładniejszego rozpatrzenia wszystkich szczegółów dotyczących zabójstwa.

Z załączonych do aktów dochodzeń, dokonanych oględzin miejsca czynu i ubrania denata. następnie z treści protokołu sekcyjnego, w którym opisane były liczne rany kłute, wynikało, że ziemia, na jakiej leżały zwłoki, musiała przesiąknąć krwią ludzką.

Mimo to nie można było z uwagi na ujemny wynik próby precypitynowej orzec, czy krew zawarta w powyżej wspomnianej ziemi jest krwią ludzką.

W związku z tym wynikiem badania podjęliśmy doświadczenia, celem przekonania się, czy zmieszanie krwi ludzkiej z ziemią ma wpływ na jej wykazanie.

Doświadczenia przeprowadziliśmy, mieszając krew z piaskiem, drobnoziarnistym żwirem, ziemią ogrodową, polną, leśną i gliną.

Przed zmieszaniem tych ziem z krwią ludzką badano je na możliwą zawartość barwika krwi oraz białka. a w szczególności białka ludzkiego. Próby te wypadały zawsze ujemnie.

Mieszanie przeprowadzano bardzo dokładnie w moździerzu ze świeżą krwią ludzką w stosunku 10 : 1. Następnie umieszczano mieszaniny w czystych słoikach i pozostawiano nienakryte na przeciąg przeszło 3 tygodni.

Po upływie tego czasu przeprowadzono badanie.

We wszystkich mieszaninach widmowo wykazywano krew bez żadnej trudności.

Przy wykonywaniu próby precypitynowej posługiwano się surowicami precypitującymi, wytworzonymi w różnym czasie, a także w okresie wykonywania badań, o mianie przeważnie 1 : 20000. Swoistość surowic i ich miano określano każdorazowo przed wykonaniem badania. Równocześnie badano wyciągi kwasem sulfosalicylowym na obecność białka.

Wyniki badań przedstawia poniższa tablica.

L. p	Rodzaj badanego wyciągu	Próba precypitynowa	Próba z kwasem sulfosalicylowym
1.	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z piaskiem	+	+
2.	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej ze żwirem	—	+
3.	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią ogrodową	—	+
4.	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią polną	—	+
5.	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią leśną	—	+
6.	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z gliną	—	+

Doświadczenia powyższe wykazują, że próba precypitynowa przeważnie wypada ujemnie, gdy krew ludzką zmiesza się z ziemią, a do chwili przeprowadzenia badania upływa dłuższy przeciąg czasu, chociaż daje się wykazać białko w wyciągach z tych mieszanin.

Dotychczasowe więc doświadczenia tłumaczyłyby ujemny wynik badania przesiąkniętej krwią ziemi, pobranej z pod zwłok śp. J. S.

Gdy w praktyce sądowo-lekarskiej orzeka się, że badany ślad pochodzi od krwi zwierzęcej, jeżeli wykaże się barwik krwi w śladzie, a próba precypitynowa przy użyciu przecypityny ludzkiej o wysokim mianie wypada ujemnie, przeto biorąc pod uwagę przytoczone doświadczenia nie będzie można wykluczyć, że krew może być krwią ludzką, gdy podłożem jej jest ziemia.

Wyjaśnienie czynników wpływających na ujemny wynik próby precypitynowej w podanych warunkach doświadczalnych jest przedmiotem dalszych badań.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr 24. 1936. Ławrynowicz A.: Biologia gonokoka. — Ejnchorn H.: Przypadek rzeżączkowego zapalenia opon mózgowych. — Grott J. W.: Zachowanie się przemiany węglowodanowej w zapaleniu trzustki. — Wajskopf D.: Z kazuistyki zaburzeń rozwojowych jelita grubego.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XV. Z. 6. 1936. Lilpop W.: W sprawie elektrochirurgii szyi pęcherza moczowego. — Laskownicki St.: W sprawie leczenia operacyjnego wodonercza powstałego wskutek dodatkowej tętnicy nerkowej. — Laskownicki St.: O przeszczepieniu mięśnia do nerki w celu tamowania krwawienia oraz leczenia przetok nerkowych. — Laskownicki St.: Nerka podkowiasta i jej schorzenia. — Szerszyński Br. i Klimkiewicz J.: Badanie modyfikacji biologicznej metody poszukiwania prątków Kocha w moczu w celu przyspieszenia jej wyników. — Szerszyński Br.: Dwustronne torbielowate rozszerzenie moczowodu. Wypadanie torbielowatego tworu przez cewkę. — Jasieński J.: W sprawie przedostawania się środka kontrastowego podczas pyelografii wstępującej poza obręb miedniczki i kielichów do miąższu lub pod torebkę nerki. — Trawiński M. i Bieńkowski M.: W sprawie leczenia przerwania cewki moczowej u mężczyzn. — Kubacki Fr.: Przyczynek do leczenia bezmoczu na tle kamicy. — Gawroński Wł.: Naczynia nerkowe nadliczbowe oraz choroby nerek przez nie wywoływane. — Endelman B.: O wewnątrzcewkowym sposobie leczenia przerostu gruczołu krokowego i innych schorzeń szyi pęcherza. — Buzek J.: Przypadek brodawczaka miedniczki nerkowej. — Lorenz T.: Przypadek brodawczaka miedniczki nerkowej. — Drucker H. i Malczyński St.: Brodawczaki pęcherza, diagnostyka różnicowa i leczenie. — Malczyński St.: O podwójnej cewce moczowej. — Drucker H.: Przypadek zgorzeli skóry prącia i worka mosznowego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 47. 1936. Stückgold H.: O schorzeniach nowotworowych szpiku kostnego. — Biehler M.: Przemiana podstawowa i metaboliczne znaczenie tarczycy w okresie pokwitania u dziewcząt. — Nelken J.: Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 197. 1936.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 51—52. 1936.

Przegląd Dermatologiczny. T. XXXI. Nr 4. 1936. Šamberger: O nádorovém rustu. — Gawalowski K.: K otázce psoriasis atypica. — Walter Fr. i Lejman K.: Próby uczulenia odczynu Bordet-Wassermanna w przypadkach wczesnych kiłowych zmian pierwotnych. — Pawlas T. i Warczewski Z.: Swoisty antygen w serodiagnostyce kiły. — Chorążak T.: Przypadek torbielowego gruczolaka potowego (syringoma). — Füllenbaum L. i Sosin J.: Przypadek podostrego tocznia rumieniowego z równoczesną chorobą Raynauda i martwicą całej śledziony. — Goldschlag F., Groer F. i Meisels E.: Przypadek izolowanej choroby Besniera-Boecka w płucach u 13-letniej dziewczynki. — Jałowy B.: O włóknach srebrochłonnych skóry. — Kwiatkowski S. Ł.: Zapalenie spojówek pochodzenia grzybiczego (coniunctivitis trichophytinica). — Lenartowicz J.: Próby przeszczepiania pęcherzycy na zwierzęta. — Bruner E. i Kwazebart L.: Osteoporosis syphilitica neonatorum. — Mierzecki H.: Znaki zawodowe skóry (stigmata proffesionalia). — Mienicki M.: Uwagi do kliniki łuszczycy.

OCENY.

Die Werke des Hippokrates in neuer deutscher Übersetzung. KAPFERER przy współudziale STICKERA. Hippokrates-Verlag. Stuttgart-Leipzig. Teil 8. Cena RM 8.50. Teil 13 — RM 8.00. Cena subskrypcyjna za 25 części razem RM 98.75.

Pisałem już na tym miejscu o części 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12 i 14 (1934, 742; 1935, 431; 1935, 839) nowego niemieckiego przekładu pism Hippokratesa. Obecnie ukazały się część 8 zawierająca pismo „O gruczołach", „O miejscach w człowieku" i „Płyny i ich zastosowanie" oraz część 13 zawierająca sławne „Prognozy Koskie". Te nowe części mają te same zalety, co i poprzednie: przystępność treści, gładka forma, łatwy styl. Bogactwo myśli Hippokratesa występuje i tutaj.

Prognozy Koskie zdumiewają nas i dzisiaj. Bez znajomości teorii, bez znajomości ogniw pośrednich Hippokrates potrafił empirycznie wiązać ze sobą objawy, jakie widział u chorych; np. „Kurcz, po zranieniu występujący, jest śmiertelny"; albo „Puchlina, po chorobie ostrej powstająca, źle wróży" itp. *Facies hippocratica* przetrwała po dziś dzień. Z pisma „O gruczołach" dowiadujemy się, że hippokratycy mieli już jasne poglądy na rolę gruczołów, jako narządów filtracyjnych, które zatrzymują i przerabiają materię chorobotwórczą. Według Hippokratesa tę samą pożyteczną rolę spełniają i migdałki, które mają związek z płynem mózgowym i drogami jego odpływu. Ta sama nauka w nowożytnej modyfikacji odezwała się w poglądach dzisiejszego rinolaryngologa Rödera, który poleca przez wysysanie migdałków leczyć objawy mózgowe przy zajęciu jam bocznych, czołowej i klinowej. W ten sposób hasło „Wróć do Hippokratesa" znajduje potwierdzenie swej słuszności i tutaj.

Wł. Szumowski (Kraków).

Ropnie wątroby. P. HUARD, J. MEYER-MAY. Masson. Paris.

Ropnie wątroby, schorzenie u nas rzadkie, występuje znacznie częściej na wschodzie.

Autorowie opracowując monografię na powyższy temat, oparli się na własnym materiale (Hanoi, Tonkin), oraz zebrali dane bibliograficzne z ostatnich 40 lat.

Klasyczny pogląd co do etiologii tropikalnych ropni wątrobowych, powinien zdaniem autorów ulec rewizji. Według nich jest to sprawa wtórna przy różnego rodzaju zakażeniach z przewodu pokarmowego, lub zakażeniach ogólnych.

Omawiając objawy i rozpoznanie różniczkowe, podkreślają autorowie znaczenie badania rentgenowskiego i nakłucia próbnego.

Obszerny rozdział poświęcono anatomii wątroby z punktu widzenia chirurgicznego, tj. przede wszystkim drogom dostępu do ropni i stosunkom naczyniowym w wątrobie.

E. Michałowski (Lwów).

Wskazówki do znieczulania. F. HÄRTEL. Theodor Steinkopff. Drezno, Lipsk.

Wydawnictwa niemieckie czyniąc zadość potrzebom lekarzy praktyków, wydają krótkie i treściwe monografie, które mają na celu zaznajomienie lekarzy z najnowszym stanem wiedzy w danej dziedzinie. W ten sposób pomyślane jest wydawnictwo *„Medizinische Praxis"*, w którym ukazała się wymieniona praca

Ze względu na znaczne w ostatnich latach postępy w tej dziedzinie, temat jest bardzo ważny. Autor omawia stronę praktyczną, podając wskazania do poszczególnych rodzajów znieczuleń miejscowych i ogólnych, oraz omawiając szczegóły techniczne.

Zniesienie bólów ma obecnie znaczenie nie tylko przy operacjach, ale i dla celów rozpoznawczych, oraz jako metoda lecznicza sama dla siebie. W książce Härtla zagadnienia te zostały również uwzględnione.

Zaznaczyć należy że autor należy do wybitnych znawców w dziedzinie znieczulania, książka zaś oparta jest na jego osobistym doświadczeniu.

E. Michałowski (Lwów).

O błędnych rozpoznaniach w chorobach wieku dziecięcego na podstawie 1001 zestawień obrazów klinicznych z obrazami sekcyjnymi. M. ERLICHÓWNA i A. FESTENSTAT. Warszawa 1936.

Czternasta to z kolei publikacja zasłużonego wydawnictwa: Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pediatrii, pod redakcją prof. Michałowicza.

Rozmiary książki nie mogą dać wyobrażenia o mierze wysiłku, jaki włożono w tę pracę, bo do napisania owych 127 stronic musiano przeglądnąć cały materiał sekcyjny Kliniki pediatrycznej i Oddziału noworodków Kliniki Położniczej za okres dziesięciolecia (1922—1932), porównać rozpoznania anatomą z rozpoznaniami klinicysty, wyłowić te przypadki w których rozpoznanie kliniki nie zostało potwierdzone sekcyjnie i teraz dopiero retrospektywnie, przez dokładne rozpatrzenie historii choroby, wynaleźć i podkreślić błędy myślowe lub zaniedbania w pracy klinicysty. Takie studium pozwoliło wyłowić i ustalić pewne typowe omyłki rozpoznawcze, oraz dojść do pewnych ogólnych wniosków, zestawionych w słowie „od redakcji" przez prof. Michałowicza. I to uważam za najbardziej wartościowy wynik pracy. Układ jest następujący: Prawie całą pierwszą połowę zajmuje omówienie mylnych rozpoznań chorób noworodków, diagnostyka bowiem jest tu najtrudniejsza i błędy zdarzają się najczęściej. Grupami idą więc po kolei: schorzenia płuc, systemu nerwowego, krytyka rzekomej jednostki klinicznej *„Debilitas vitae"*, posocznica, kiła, wylewy krwawe do nadnerczy i wady wrodzone serca. Drugą część stanowi przedstawienie błędów w zakresie rozpoznań chorób niemowląt i starszych dzieci w następujących grupach: zapalenia płuc, zapalenia gruźlicze opon, gruźlica prosówkowa, serowaciejące zapalenia płuc, *colitis*, nagminne zapalenie opon, choroby serca, kiła, krwotoczne zapalenie opony twardej. Prócz tego poszczególne przypadki innych schorzeń. Z całego materiału wybrano 47 bardziej uwagi godnych i typowych przypadków do szczegółowego opisu i analizy błędu.

Jeśli przyjmiemy zasadę, że jeden popełniony błąd, rozważany gruntownie w swych przyczynach, więcej nauczy niż wiele sukcesów, to omawiana książka ma dostateczną rację istnienia. Wszak każdy z nas taką książkę nosi w sobie. Ja osobiście przeczytałem ją z wielkim zajęciem. Poparła i potwierdziła mi tu i ówdzie własne domysły i spostrzeżenia, wiele sprostowała, i dała sporo wątku do dalszych rozmyślań przy łóżku chorego dziecka. *M. Krzyżanowski* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Mikrobiologia i serologia.

Anatoksyna tężcowa i zapobieganie tężcowi u ludzi i zwierząt. G. RAMON. Presse Méd. Nr 84. 1936.

Autor omawia pokrótce dotychczasowe wyniki swojej metody, nad którą pracował od roku 1923. Technika obecnie została ustalona u ludzi i szczepienie takie obejmuje trzykrotny zastrzyk w odstępach trzytygodniowych anatoksyny, dwa razy po 1 cm³, raz 1,5 cm³. W celu wzmocnienia odporności autor wprowadził ostatnio jeszcze jeden zastrzyk 2 cm³ anatoksyny *(injection de rappel)* w jeden rok po przeprowadzonym szczepieniu. Odporność zjawia się w kilka dni po drugim wstrzyknięciu i utrzymuje się przez wiele lat, szczególnie jeżeli zastosuje się jeszcze zastrzyk dodatkowy *(inj. de rappel)*. Doświadczenia przeprowadzone na szeroką skalę u koni, których wrażliwość na tężec jest jeszcze wyższa, jak u ludzi wykazały, że metoda ta dała doskonałe wyniki w armii francuskiej. Z początku wstrzykiwano u koni dwa razy po 10 cm³ anatoksyny z tapioką, która wywołuje miejscowo stan zapalny i większe uodpornienie, obecnie robi się po pewnym czasie jeszcze dodatkowy zastrzyk *(inj. de rappel)*. Zaszczepiono dotąd ogółem 50.000 koni. Spośród 35.000, którym wstrzyknięto jeszcze dodatkowo 10 cm³ anatoksyny żaden nie miał tężca. Miano antytoksyczne surowicy takich koni nawet kilka lat po szczepieniu wynosi 1/10 do 1 jednostki a badania wykazały, że surowica o mianie 1/1000 jedn. w 1 cm³ chroni przed sztucznym zakażeniem tężcem. Zresztą do produkcji leczniczych surowic tężcowych używa się obecnie anatoksyny, co pozwala otrzymać miano nawet 10.000 jednostek w 1 cm³. Autor podkreśla, że szczepienie ludzi przeciw tężcowi winno się rozpocząć w środowisku narażonym na zakażenie np. u dzieci, żołnierzy itp. We Francji ustawa z sierpnia ub. r. wprowadza taki przymus szczepienia w armii, które będzie dokonywane razem z innymi obowiązkowymi szczepieniami przeciw błonicy i durowi. Takie kombinowane szczepienia dają nawet lepsze wyniki uodparniające, jak sama anatoksyna. Ponadto szczepienie lecznicze anatoksyną razem z surowicą tężcową jest wskazane w przypadku zranienia a to w celu wytworzenia odporności czynnej i uchronienia chorego przed późnym wystąpieniem tężca, przed czym nie zabezpiecza wstrzyknięta surowica.

Skowroński (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Wczesne rozpoznanie dziecięcego porażenia rdzenia. TILING. Berlin. Kinderaertzl. Praxis. Z. 9. 1936.

Autor dochodzi do wniosku, że wczesne rozpoznanie przypadków sporadycznych porażenia rdzenia a tym samym i skuteczne leczenie zapobiegawcze jest przeważnie niemożliwe. Jako leczenie zaleca się w okresie przedporażennym 20—30 cm³ surowicy ozdrowieńców śródmięśniowo lub wśródżylnie albo przetaczanie krwi w ilości 10—15 cm³ krwi na kg wagi ciała. W czasie epidemji należy pamiętać o 4 następujących rodzajach przebiegu: 1) Przebieg czysto kataralny bez objawów nerwowych. 2) Postać klasyczna nagminnego porażenia dziecięcego, którą autor nazywa jednookresową, gdyż w niej następują zwiastuny i objawy nerwowe bezpośrednio po sobie. Wówczas widzimy głównie ostry początek z wysoką ciepłotą, z objawami nieżytowymi lub zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi, a równocześnie bolesność dotykowa i ruchowa zwłaszcza w obrębie mięśni głowy i tułowia. Wskazuje ona na zajęcie elementów (tkanek) nerwowych. Dalej następuje pocenie się, niekiedy drgawki, rzadko osutki. 3) Trzecią postać przebiegu autor nazywa dwuokresową; zaczyna się np. jako „grypa" a po ustąpieniu zapalnych objawów nieżytowych następuje na jakie 3—7 dni okres „zupełnego zdrowia", aż nagle wśród ponownych silnych objawów chorobowych (podwyższenie ciepłoty i wymioty, bóle głowy, karku i lędźwi, bóle pni nerwowych, zaburzenia niezborności i odruchów) zjawiają się wyraźne porażenia. Przy tym często widzimy zaczerwienienie twarzy z bledniecciem trójkąta ustnego. 4) Postać czwarta jest czysto oponowa, którą w czasach wolnych od epidemij rozpoznaje się przeważnie jako tzw. *meningitis aseptica*, a nie jako prawdziwą *poliomyelitis infantum*.

Fels (Lwów).

Niedomykalność zastawki dwudzielnej, ze szmerem skurczowym nad końcem serca. D. ROUTIER, R. ELKAIM. Arch. des malad. du coeur. Nr 9. 1936.

Autorzy przeprowadzili dokładne badanie 530 chorych na serce. Na podstawie otrzymanych wyników ustalili, że odosobniony szmer skurczowy nad końcem serca nie świadczy o istnieniu niedomykalności zastawki dwudzielnej. Szmer ten zależy jedynie od ruchu krwi w komorach i przedsionku lewym. Natomiast o niedomykalności zastawki tak dwudzielnej jako też i trójdzielnej świadczą objawy czynnościowe ze strony płuc, a przede wszystkim kardiokymografia, która zapisuje objektywnie rozpiętość skurczową uszka lewego.

Z. Webersfeld (Lwów).

Czy wprowadzanie surowicy podpajęczynowo jest korzystne w leczeniu tężca? J. CHALIER i CAMELIN. Journal der méd. de Lyon. Nr 402. 1936.

Swoiste leczenie tężca przy pomocy surowicy odgrywa bardzo ważną rolę, należy jednak działać bardzo szybko dla zniszczenia toksyn utrwalonych w komórkach nerwowych. Liczni autorzy wykazali, że najszybsze i najpewniejsze działanie surowicy występuje po podaniu jej dordzeniowo. Jednakże autorowie niniejszego artykułu stwierdzili całkowity brak toksyn w płynie mózgowo-rdzeniowym. Ponieważ płyn mózgowo-rdzeniowy nie wchodzi w łączność z tkanką nerwową, droga podpajęczynowa nie jest najlepszą przy leczeniu tężca, szczególniej jeżeli chodzi o przypadki dalej posunięte, w których toksyna weszła już w związek z tkanką nerwową.

Niektórzy autorzy próbowali kombinować leczenie surowicą i znieczuleniem lędźwiowym. Jednakowoż okazało się, że środki znieczulające mają powinowactwo do ciał tłuszczowych a toksyny tężca łączą się z ciałami białkowymi.

W końcu artykułu autorzy dochodzą do wniosku, że najsilniejsze działanie surowicy występuje po podaniu jej równocześnie dożylnie i domięśniowo. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Badanie chromoskopii żołądka (wartość kliniczna i mechanizm). E. MACHLINE i Z. GORBOUNCOWA. Ann. de méd. Nr 1. T. 40. 1936.

Technika chromoskopii polega na wstrzyknięciu domięśniowym lub dożylnym w 12 godzin po jedzeniu 5 cm³ roztworu 1% czerwieni obojętnej (marki Grübler) i sondowaniu żołądka co minutę, do wystąpienia zmiany barwy soku. Jest to czas chromoskopii, który zdaniem całego szeregu autorów zagranicznych wahał się w granicach 10—15 min. i był proporcjonalny do stanu kwasoty. Jednak z badań obecnych przeprowadzonych w klinice lekarskiej w Saratowie (Z. S. R. R.) wynika, że czas chromoskopii nie pozostaje w żadnym związku ze stopniem kwasoty treści żołądkowej, ani nie daje pojęcia o stanie czynnościowym żołądka. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Przyczynek do kliniki gruźlicy gruczołów krezkowych. H. HALPERN-WIELICZAŃSKI. Warsz. Czas. Lek. Nr 39. 1936.

Rozpoznanie gruźlicy gruczołów krezkowych napotyka na duże trudności. Schorzenie to może przebiegać skrycie wśród objawów ogólnego osłabienia, utraty wagi, zwyżek ciepłoty, niedokrewności i nieokreślonych bólów w jamie brzusznej. Niekiedy może wywołać cały szereg objawów, dających klinicznie obraz ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, wrzodu żołądka, kamicy żółciowej lub nerkowej.

W pracy powyższej omawia autor znaczenie rozpoznawcze występowania plam barwikowych na skórze warg i podbródka. Gruczoły krezkowe powiększone skutkiem zmian gruźliczych wywierają ucisk na *paraganglia,* wywołując zaburzenia w ich tkance chromafinowej. Następstwem są zmiany barwikowe na skórze warg i podbródka. Również i zaburzenia wchłaniania jelitowego i niedostateczne przyswajanie witaminy B_2 może mieć znaczenie przyczynowe w powstawaniu chloazmatycznej pigmentacji.

W gruźlicy jelit, w postaci zwanej przez Neumanna podśluzówkową, usadawiają się zmiany swoiste najpierw w układzie chłonnym, powodując stan zapalny gruczołów krezkowych, ich obrzmienie i zmiany barwikowe.

Autor dochodzi do wniosku, że pigmentacja chloazmatyczna skóry warg i podbródka ma ważne znaczenie rozpoznawcze w gruźlicy gruczołów krezkowych i podśluzówkowej gruźlicy jelit. *H. Weber* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Nowa próba chemiczna Visschera i Bowmana rozpoznawania ciąży wczesnej. J. ROZENBLAT. Warsz. Czas. Lek. Nr 42. 1936.

Próba chemiczna Visschera i Bowmana polega na wykrywaniu w moczu ciężarnych hormonu gonadotropowego. Autorzy amerykańscy opisali dwie metody, z których pierwsza łatwo wykonalna nadaje się dla celów praktycznych, druga zaś jest bardziej złożona, miareczkowa.

Do wykonania pierwszej próby potrzebne są: 1) 1% rozczyn wody utlenionej, 2) 1% rozczyn chlorowodorku fenilohydrazyny, 3) 5% rozczyn cyjanku metylu, 4) stężony kwas solny. Do 1 cm³ rannego moczu dodajemy 1 kroplę wody utlenionej, a potem w podanej kolejności po 5 kropel pozostałych odczynników. Mieszaninę w ciągu 25 minut nagrzewamy w kąpieli z wrzącą wodą. W razie dodatniego wyniku występuje czerwonobrunatne zabarwienie z kłaczkowatym osadem. Słomkowo-żółte zabarwienie z kłaczkowatym osadem lub bez niego świadczy o ujemnym wyniku próby.

Autor przeprowadził 100 badań u 50 ciężarnych (wśród nich 1 ciąża pozamaciczna) z 95% wyników trafnych i 50 nieciężarnych z wynikiem trafnym w 92%. Łatwość wykonania oraz możność otrzymania wyniku już po 30 minutach stanowi zaletę próby. *H. Weber* (Lwów).

Dermatozy ciążowe. M. FELLNER. Endokrinologie. T. 17. Z. 6. 1936.

W pracy o charakterze przeglądowym zestawia autor dermatozy ciążowe. Zalicza do nich wszystkie zmiany na skórze występujące w czasie ciąży, dzieli je zaś na fizjologiczne i patologiczne.

Ze zmian fizjologicznych omawia zmiany w owłosieniu, zmiany barwikowe skóry, zachowanie się tkanki tłuszczowej podskórnej, *striae gravidarum.*

Dermatozy ciążowe, według autora, mają swą przyczynę w zaburzeniach równowagi hormonalnej w czasie ciąży, nie można ich więc zaliczać do grupy toksydermii. Podkreśla dalej, że wpływ na powstawanie zmian skórnych u ciężarnych mają nie tylko gruczoły płciowe, ale i gruczoły takie, jak tarczyca, czy przysadka.

Z dermatoz patologicznych wylicza trądzik, pokrzywkę, wyprysk, sklerodermię, żylaki, chorobę Duhringa i szereg innych schorzeń spotykanych niekiedy w ciąży. *I. Pelczarska* (Lwów).

Badanie radiologiczne gruźlicy jelit. A. CADE i M. MILHAUD. Journal de méd. de Lyon. Nr 402. 1936.

Uszkodzenia gruźlicze jelit, a zwłaszcza umiejscowienie schorzenia można badać radiologicznie. Istnieją dwie metody badania. I. Klasyczna (dawna) polega na podawaniu doustnym lub w lawatywach siarczanu barowego. Patognomicznym jest tu objaw Stierlina polegający na tym, że części jelita o zmianach gruźliczych nie przepuszczają masy kontrastowej lub opóźniają jej przechodzenie o 24 godz. z równoczesnym rozdęciem pętli (obrazy hydroaeryczne). Jeżeli chodzi o okolicę *coecum* to poza powyższymi objawami występuje jeszcze wyraźne ząbkowanie konturu, oraz bardzo charakterystyczny dla gruźlicy brak bolesności przy obmacywaniu pod kontrolą Rtg. Przy badaniu jelita grubego obowiązują te same zasady i papkę barową podaje się zawsze w lawatywie. II. Metoda (nowa) polega na cienkim nakładaniu (relief) masy kontrastowej (dwutlenek toru) celem dokładnego zbadania zachowania się błon śluzowych, w szczególności jej fałdów. W praktyce okazało się, że metoda pierwsza jest wystarczającą, natomiast metodę drugą stosuje się z powodu trudnej techniki tylko w specjalnych przypadkach celem dokładniejszego ustalenia rozpoznania. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Stanowisko kościoła katolickiego wobec eugeniki. K. KULEJEWSKA. Zagadnienia Rasy. Nr 2. 1936.

Autorka podaje zarządzenia kościoła katolickiego dotyczące kwestyj eugenicznych. Kulejewska staje w obronie kościoła podkreślając zdania takie, jak „Kościół nie jest wrogiem nauki" itp. We wnioskach końcowych stawia autorka dzisiejszym eugenistom zarzut, iż program ich jest programem nie życia, lecz programem niszczenia, że ich rolą jest burzenie, a nie budowanie. Podoba się natomiast autorce polityka „eugeniczna" niemiecka, oraz panująca w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, a to dlatego, że dążą one do powstrzymania od małżeństw ras znacznie różniących się od siebie. *Bieliński* (Lwów).

Współczesność a antropologia i eugenika. S. Ż. ŻEJMIS. Zagadnienia Rasy. T. 9. Nr 3. 1935.

Po omówieniu wpływu środowiska na człowieka, porównuje autor poglądy marksistowsko-leninowskie z poglądami rasistów politycznych, uważając tak jedne, jak i drugie za krańcowe i poddając tak jedne, jak i drugie ostrej krytyce. Następnie przedstawia autor arcyciekawe wyniki badań szkoły antropologicznej lwowskiej prof. Czekanowskiego. Otóż okazało się, że ludność naszego kontynentu z punktu widzenia antropologicznego składa się z czterech podstawowych typów rasowych czyli ras, a to z typu nordycznego, typu śródziemnomorskiego, typu armenoidalnego i typu laponoidalnego, które znowu krzyżując się dają sześć możliwych kombinacyj mieszanych, a mianowicie: 1) typ północno-zachodni, 2) typ subnordyczny, 3) typ dynarski, 4) typ alpejski, 5) typ sublaponoidalny i 6) typ litoralny. Odgraniczeniem zadań czystej antropologii i antropologii stosowanej, czyli eugeniki i podkreśleniem ważności tej ostatniej kończy Żejmis swą niezmiernie interesującą pracę. *Bieliński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcji Administracyjnej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 25 czerwca 1936 roku.

Przewodniczy: Dr Jan Adamski, Dyrektor Departamentu. Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Na porządku dziennym: projekt instrukcji o organizacji i działalności ośrodków zdrowia.

Przewodniczący otwiera zebranie, potem Dr Tubiasz, inspektor w M. O. S. uzasadnia projekt wyżej wymienionej instrukcji:

W r. 1925 powstały 2 pierwsze ośrodki zdrowia. Liczba ich później wzrastała stopniowo. Na razie były one uważane za eksperyment łączenia różnych działów służby zdrowia w jedną całość. Przemawiał za tym cały szereg motywów. Z początku nie bardzo wiedzieliśmy, jak ma wyglądać organizacja tych instytucyj, jaki ma być zakres ich działalności, jakie ich podstawy materialne itd. Stopniowo, w ciągu kilku lat, życie samo i doświadczenie nabyte wyjaśniły większość tych zagadnień. Obecnie możemy stwierdzić, że eksperyment się udał. Świadczy o tym przede wszystkim wzrost liczby ośrodków zdrowia. W dniu 1. I. 1930 było ich 312. w połowie roku liczba ich wynosi już ponad 350. W roku 1934 było 2.600, które miały pod opieką ponad pół miliona osób, udzieliły około 1,5 miliona porad lekarskich i wykonały około 250.000 odwiedzin domowych. Zaznaczam i podkreślam to, że ten tak wybitny wzrost działalności ośrodków zdrowia przypada na okres ciężkiego kryzysu gospodarczego i że akcja cała była prowadzona wyłącznie drogą perswazji i przekonywania, a należytych podstaw prawnych dla niej dotychczas nie mamy.

Uznanie dla tej akcji znaleźliśmy zresztą nie tylko u swoich, ale także u obcych. Goście, częstokroć wybitni przedstawiciele służby zdrowia różnych krajów, wyrażają się zwykle bardzo pochlebnie o zasadach, wprowadzanych przez nas w życie. Międzynarodowy Kongres Higieny Wsi, który się odbył w r. 1931 w Genewie pod egidą Ligi Narodów, uznał system zakładania ośrodków zdrowia za najbardziej ekonomiczny i najbardziej racjonalną drogę wprowadzania opieki zdrowotnej nad ludnością, zwłaszcza w krajach rolniczych.

Po uzyskaniu doświadczenia w ciągu 11 lat, licząc się ze wzrastającą z roku na rok liczbą ośrodków zdrowia, zachodzi obecnie konieczność skonsolidowania i ujednostajnienia tej akcji przez wydanie instrukcji, która by ustalała ogólne wytyczne organizacji i działalności ośrodków, ujmując te sprawy w taki sposób, żeby nie narzucać nic przymusowo, ale raczej wskazywać drogę, którą iść należy. Potrzeba wydania takiej instrukcji wynika nie tylko z założeń teoretycznych, ale domagają się tego usilnie pracujące już ośrodki, których personel często staje wobec zagadnień trudnych do rozwiązania, tym bardziej, że przeszkolenie jego nie zawsze stoi na wysokości zadania.

W szczegółowej dyskusji Dr Sęczyc podkreśla, że rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 29, poz. 195) zawiera definicję ośrodków zdrowia. Należało by zastosować tę definicję w projektowanej instrukcji.

Przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Dr Gosiewski zaznacza, że treść § 1 instrukcji obejmuje bardzo szeroki zakres i jest poniekąd sprzeczna z działalnością instytucyj ubezpieczeń społecznych. Z punktu widzenia instytucyj ubezpieczeń społecznych działalność ośrodków zdrowia winna obejmować tylko tzw. sanitariat oraz przypadki niebezpieczne dla otoczenia. Do zadań ośrodka zdrowia należało by poza tym koordynowanie działalności Państwa, samorządu itp., projektowana zaś działalność ośrodka zdrowia jest za szeroka. Mówca zapytuje, jakie są podstawy finansowe ośrodków. Bez należytych podstaw prawnych i finansowych działalność ośrodków zdrowia nie byłaby realna. W konsekwencji § 1 winien być zwężony do właściwych zadań ośrodka.

Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej wyraża wątpliwości, czy projektowane zapobieganie chorobom bez udzielania porad leczniczych jest słuszne z punktu widzenia potrzeb kraju, zwłaszcza wobec ciężkiego materialnego stanu ludności.

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych podkreśla dodatni charakter ośrodków zdrowia. Jakkolwiek samorządy nie posiadają wielkich kredytów, jednakże stoją na stanowisku, że bardziej wskazane są większe wydatki na ośrodki zdrowia, niż płacenie kosztów leczenia w szpitalach.

Przewodniczący wyjaśnia, że dążeniem polskich ośrodków zdrowia jest skoordynowanie akcji zdrowotnej w terenie. Natomiast w zależności od rodzaju choroby stosuje się w ośrodkach zdrowia bądź tylko zapobieganie, bądź też zapobieganie połączone z lecznictwem (np. choroby weneryczne).

Przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych proponuje dodać do ust. 1 § 1, następujące zdanie: „oraz koordynuje działalność innych instytucyj w walce o zdrowie publiczne".

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wnosi o skreślenie ustępu drugiego, gdyż przy obecnej stylizacji ustępu drugiego ośrodki występowały by jako pewne jednostki administracyjne, co mogło by wywołać duże trudności wobec braku należytych podstaw prawnych. Można by zamiast wyrazów „jednostka organizacyjna" użyć zwrotu „instytucja".

Przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wojskowych i Naczelnej Izby Lekarskiej wypowiadają się za przedłożonym projektem.

Do § 2. Przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przemawia za dokładnym przegrupowaniem tego paragrafu według istotnego charakteru przychodni, niektóre bowiem przychodnie posiadają charakter propagandy (np. eugeniczna), niektóre winny być połączone z lecznictwem, w dziale zaś sanitarnym należy wyraźnie zaznaczyć, jakie czynności ośrodek zdrowia ma spełniać.

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zaznacza, że lekarz ośrodka zdrowia jest w terenie przeważnie pomocnikiem lekarza powiatowego.

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych porusza zagadnienie przychodni szkolnej i sportowej; ze względu na istniejących już lekarzy szkolnych i sportowych niewskazana byłaby dwutorowość w tym dziale.

Do § 3. Dr Sęczyc i przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przemawiają za koniecznością uszeregowania zagadnień według hierarchii zagadnień.

Do § 4. Dr Sęczyc podkreśla, że na wsi ośrodki zdrowia winny obejmować lecznictwo; ze względu na ciężkie warunki materialne lecznictwo dla niezamożnych winno być bezpłatne.

Dr Tubiasz wyjaśnia, że żądanie rozszerzenia działalności ośrodków zdrowia na lecznictwo (Dr Sęczyc), a także idące w przeciwnym kierunku domaganie się zwężenia zakresu działalności ośrodków zdrowia (Dr Gosiewski), nie dadzą się zrealizować. Musimy iść drogą kompromisu, przewidzianego w instrukcji.

Stopniowa realizacja programu sieci ośrodków zdrowia nie napotka większych trudności finansowych. Koszt przeciętny rocznego utrzymania ośrodka zdrowia wynosi około 12.000 zł. Potrzeba w Polsce około 1.500 ośrodków zdrowia, których utrzymanie wyniesie około 18,000.000 zł. Przy wspólnym wysiłku samorządu terytorialnego, Państwa, Ubezpieczeń Społecznych i instytucyj społecznych da się to uskutecznić.

Do § 8. Przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnosi następujące poprawki: po wyrazie „ubezpieczalnia społeczna" należy dodać wyrazy: „przez swoje organa". Należy wymienić instytucje także wojskowe.

Ustęp trzeci tegoż paragrafu należy odpowiednio zmienić, gdyż instrukcja ta nie może nakładać obowiązków na odrębne instytucje lub można by przewidzieć odpowiednią rekompensatę.

Do § 9. Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych podkreśla, że w przypadku prowadzenia ośrodka zdrowia przez samorząd nie ma potrzeby stwarzania specjalnego komitetu, mającego za zadanie koordynowanie wspólnych poczynań; mówca zaznacza, że komitet zarządzający nie może być odpowiedzialny za działalność ośrodka.

Przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wypowiada się również przeciwko stwarzaniu specjalnych komisyj; jeżeli istnieje współdziałanie finansowe, zarząd powinien pracować przy współudziale tych instytucyj, które finansują dany ośrodek.

Przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wojskowych i Naczelnej Izby Lekarskiej są przeciwnikami ogniw pośrednich, raczej miałaby rację bytu instytucja o charakterze doradczym.

Dr Tubiasz uzasadnia umieszczenie tego paragrafu wymogami życiowymi.

Do § 10. Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych prosi o bardziej szczegółową stylizację tego paragrafu; mówca zapytuje, czy bezpłatne leczenie może być stosowane tylko do ubogich danego związku samorządowego, czy też do wszystkich ubogich.

Do § 14. Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wypowiada się przeciwko temu, aby lekarz samorządowy był koniecznie kierownikiem ośrodka zdrowia. Jest dużo sił młodych lekarskich, które można by w tym kierunku wykorzystać.

Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej wypowiada się za tym, aby kierownik ośrodka zdrowia prowadził samodzielnie jeden dział pracy ośrodka.

Dr Tubiasz wyjaśnia, że powierzenie lekarzowi samorządowemu stanowiska kierownika ośrodka zdrowia jest uzasadnione tym, że w związku z działalnością sanitarną ośrodka trzeba, aby lekarz-kierownik ośrodka posiadał dostateczną egzekutywę.

Do § 16. Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych proponuje w p. b) skreślenie wyrazu „rodziny", ponieważ zwęża on działalność pielęgniarki w terenie.

Do § 17. Przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wojskowych i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych stoją na stanowisku, że jedynie w razie wyjątkowym pielęgniarka może nie posiadać całkowitego ukończenia szkoły pielęgniarskiej.

Do § 18. Dr Sęczyc proponuje zamiast wyrazów „otoczeniem człowieka" dać wyrazy „nad warunkami higienicznymi otoczenia człowieka".

Do § 20. Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zaznacza, że z personelem powinna być zawarta umowa lub też powinien istnieć stosunek prawno-publiczny.

Do § 26. Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zaznacza, że statut powinien zawierać tylko specjalne obowiązki personelu, nie powinien natomiast zawierać postanowień ogólnych z ustawodawstwa samorządowego.

Do § 28. Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych wnosi o skreślenie w § 28 wyrazów „i zatwierdzonego przez komitet zarządzający".

Na powyższym posiedzenie zakończono.

Przewodniczący: *Dr Jan Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

XX Zebranie z dnia 13 marca 1936 roku.

Po zagajeniu zebrania Prezes kol. W. Kapuściński doniósł o przyjęciu na członka Wydziału Lekarskiego kol. Janiny Wiesnerówne j.

Wykład:

Kol. Raszeja (członek Wydziału): *„Pokaz przypadków operowanych"*.

1. Prelegent omawia sposób bolcowania złamanej szyjki kości udowej sposobem Johansson'a. Równocześnie demonstruje zdjęcia rentgenowskie dwóch chorych tym sposobem leczonych. W jednym przypadku chodziło o kobietę lat 48, w drugim lat 69. W przypadku pierwszym obciążenie kończyny nastąpiło w 10 tygodni po zbolcowaniu, kobieta lat 69 zaczęła chodzić już po 4 tygodniach.

2. Prelegent przedstawia dziecko lat 7, z wrodzonym obustronnym zwichnięciem bioder III stopnia, u którego wykonał przed 4 miesiącami krwawą repozycję z pogłębieniem panewki oraz plastyką dachu sposobem Zahradnick'a. Sposób operacyjny polega na przecięciu kości udowej poniżej krętarza małego, wycięciu kawałka z niej, co umożliwia repozycję główki do panewki. Przecięta kość zostaje następnie zeszyta a wycięty kawałek kości zużywa się do plastyki dachu panewki.

3. Prelegent przedstawia chłopca lat 18, z porażeniami w obrębie dolnej kończyny w następstwie choroby Heine-Medina. Poza osłabieniem lub porażeniem poszczególnych mięśni w obrębie uda i podudzia istnieje u tego chorego porażenie całkowite mięśnia pośladkowego wielkiego i dosyć znaczna pareza m. pośladkowego średniego i małego. Kończyna była zgięta w biodrze, chory utykał na prawą stronę, przy czym bez pomocy mógł przejść najdalej 100 kroków, później spychał ręką uda ku tyłowi, aby w ten sposób przesunąć punkt kolana z przodu ku tyłowi. Stan ten wywołany był osłabieniem m. czworogłowego uda, a szczególnie porażeniem lub znacznym osłabieniem mięśni pośladkowych. Dla przywrócenia zdolności czynnościowej mięśni pośladkowych wykonano plastykę sposobem Lange'go, przy czym użyto jako mięśnia siłodajnego *m. sacrospinalis*. Do tego mięśnia, po przecięciu go u przyczepu, przyszyto dwa sztuczne ścięgna z jedwabiu, które następnie zostały przytwierdzone pod napięciem do małego oraz do dużego krętarza; aby zapobiec zrostom podłożono papier pergaminowy w miejscu zetknięcia się sztucznych ścięgien z grzbietem talerza biodrowego. Kończynę ustawiono w hiperkorekcji, w ekstenzji i abdukcji, i założono opatrunek gipsowy na 8 tygodni. Następnie przeprowadzono przez 4 miesiące odpowiednie leczenie fizykalne. Obecnie chory chodzi znacznie lepiej, przy czym uzyskał uczucie pewności w odcinku miednicowo-biodrowym. Chory może stać swobodnie na prawej nodze, co było niemożliwym przed operacją. Ruch abdukcji w biodrze jest swobodny również w pozycji leżącej. Hiperekstenzja w biodrze możliwa jest w pozycji stojącej, uniesienie kończyny w pozycji leżącej, pomimo dobrze napinającego się ścięgna, możliwa jest tylko przy wykonaniu lekkiej abdukcji.

Prelegent przedstawia dwa przypadki (lat 21 i 41) usztywniającego schorzenia kręgosłupa *(spondylarthritis ankylopoetica)*, u których przed kilku miesiącami usunięto przytarczycę po prawej stronie. Równocześnie prelegent omawia przypadek, lat 46, operowany w roku 1931, chory w międzyczasie zmarł. U wszystkich trzech chorych były daleko posunięte zmiany w kręgosłupie. Stwierdzono hiperkalcemię we wszystkich trzech przypadkach (12,6—13,6 mg %). U jednego z nich badania interferometryczne wykazały zaburzenia hormonalne. W dwóch przypadkach znaleziono przytarczycę po jednej stronie i podwiązano tętnicę tarczycową po obu stronach, w 3 przypadku nie znaleziono przytarczycy, a seryjne badanie histologiczne wyciętych tkanek, uważanych za przytarczyce, wykazały tkankę tłuszczową oraz węzły limfatyczne. We wszystkich 3 przypadkach nastąpił po operacji spadek poziomu wapnia we krwi oraz wyraźna podmiotowa poprawa. Poprawa była krótkotrwała w przypadku u chorego lat 46, a najwyraźniejsza u chorego lat 21, u którego nie znaleziono przytarczyc. Prelegent uważa, że wobec braku wyniku po leczeniu fizykalnym, zabieg paratyreoidektomii jest wskazany, chociaż pod względem teoretycznym nie jest całkowicie uzasadniony. Do tego zabiegu nadają się osobnicy przede wszystkim w młodszym wieku, przypadki z wyraźną hiperkalcemią, przypadki, u których badania interferometrii wskazują na zaburzenia hormonalne i u których brak więcej zaakcentowanych cech gośćcowych lub gośćcowo-zakaźnych.

Rozprawa: Kol. Nowakowski (członek Wydziału): co do ostatniego przypadku należało by zaznaczyć, że największa trudność polega na odnalezieniu podczas operacji gruczołów przytarczycowych. Ich położenie anatomiczne nie jest stałe.

W jednym wspólnie z prelegentem operowanym przypadku wycięto 2 małe gruczołki, które przy badaniu drobnowidowym nie wykazały struktury przytarczycy. Przypadek był bardzo zaawansowany — co do zesztywnienia kręgosłupa polepszenia klinicznego oczywiście nie było, choć, jak kol. Raszeja zaznaczył, są autorzy, którzy i bez wyjęcia przytarczycy spostrzegali zmniejszenie nasilenia bólów po operacji.

W innym przypadku wycięto po jednej stronie przytarczycę, ale bez poprawy. Trudno wobec tego, że w Poznaniu ogółem dotychczas znamy sześć operowanych przypadków, sądzić o dobrych lub ujemnych wynikach tej operacji, ale gdy wszystkie inne metody zawodzą, uważam usunięcie przytarczyc za wskazane, zwłaszcza że zabieg nie jest ciężki.

Przedstawiony przypadek przeszczepienia mięśni na pośladkowy wielki (Heine-Medina) uważam za wielką zdobycz w ortopedii.

Gdy byłem w roku 1909 w Kolonii na oddziale ortopedycznym mieliśmy z powodu wybuchłej epidemii bardzo wielki materiał najróżniejszych porażeń, robiliśmy najróżniejsze przeszczepienia na kończynach, ale podobne przypadki, jak dziś przedstawiony, leczono protezami, bo nie znano innego sposobu pomocy. Dlatego należy opisaną i zmienioną przez kol. Raszeję operację uznać jako wielki postęp w leczeniu porażeń zwłaszcza, jeżeli jest przeprowadzona z tak fenomenalnym wynikiem, jak w przypadku przedstawionym.

Kol. Jezierski (członek Wydziału): J. zauważa, iż sama nadczynność przytarczyc nie wystarcza do wytworzenia się choroby Bechterewa i prawdopodobnie inne jeszcze hormony są tu czynne, które powinna stwierdzić interferometria.

Wyjęcie przytarczyc może obniżyć hiperkalcynemię, lecz nie zmieni już wytworzonych zmian anatomicznych.

Kol. Raszeja (członek Wydziału): na uwagi prof. Jezierskiego podkreśla, że hiperkalcemia u chorych z usztywnieniem stawów nie stoi w związku wyłącznie z wadliwą wentylacją płuc, gdyż spotykamy zwiększoną zawartość wapnia także u chorych z wielostawowym zesztywnieniem, u których stawy kręgowo-żebrowe nie są zajęte i czynność oddechowa jest normalna. Równocześnie zaznacza Kol. R., że nie jest bezwzględnym zwolennikiem jednostronnego wycinania przytarczyc w usztywniających schorzeniach kręgosłupa, a raczej przewiduje zabieg ten tylko dla specjalnie wyodrębnionych przypadków.

Wykład:

Kol. Komza: *„W sprawie leczenia koszlawości palucha"*.

Referent w krótkości omawia etiologię palucha koszlawego, ograniczając się do stwierdzenia, że główną przyczyną jest wrodzona słabość układu więzadłowo-ścięgnowego stopy, powoduje również tworzenie się poprzecznej stopy płaskiej i metatarsus varus.

Metody operacyjne Schodego, Durantego, Reverdin'a, na podstawie operowanych przypadków, uważa za niewystarczające, gdyż nie naprawiają szpotawego ustawienia śródstopia. W rezultacie podaje własną metodę, polegającą na niewielkim zciosaniu guzowatości i wycięciu klina w płaszczyźnie skośnej, przez co uzyskuje prawidłowe ustawienie palucha i zmniejszone ustawienie abdukcyjne I kości śródstopia.

(Praca w całości ukaże się w Chirur. Narz. Ruch. i Ortop. Polskiej).

Rozprawa: Kol. Parczewski (członek Wydziału) zapytuje, czy koszlawość palucha zdarza się częściej również u osobników młodych, gdyż na ogół jest to choroba starszych. Kol. P. obserwował znacznie posuniętą koszlawość palucha u młodej chorej.

Kol. Komza w odpowiedzi na pytanie Dr Parczewskiego powołuje się na statystykę Kalmusa, z której wynika, że duży procent paluchów koszlawych zaczyna się tworzyć w wieku od 12—18 lat.

Wykład:

Kol. Maciejewski: *„Uwagi o wartości odczynu immunobiologicznego Mestera".*

Prelegent przedstawia pracę Mestera z Kliniki Wewnętrznej U. J. o immunobiologicznym odczynie swoistym dla gośćca, ogłoszoną w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr 43, 1935 r. Następnie podaje prelegent własne wyniki badań kontrolnych nad powyższym odczynem, przeprowadzone na typowych przypadkach przewlekłego gośćca wielostawowego.

Badania odczynu immunobiologicznego Mestera przeprowadził prelegent na 13 przypadkach schorzenia gośćcowego oraz na 2 przypadkach schorzenia stawowego niegośćcowego, mianowicie gruźliczego oraz rzeżączkowego. Z gośćcowych przypadków było 8 przewlekłego gośćca wielostawowego pierwotnego, 1 przewlekły gościec wielostawowy wtórny, 2 *spondylarthritis ankylopoetica*, 1 *polyalgia rheumatica*, wreszcie 1 rwy kulszowej. W wykonaniu samego odczynu uwzględnił prelegent wszystkie szczegóły techniczne podane przez autora. Dla wykluczenia leukocytozy fizjologicznej, jak mięśniowej i pokarmowej, badał prelegent chorych oraz przestrzegał warunku, aby badany spokojnie leżał w trakcie wykonania odczynu. Sam zabieg zakładania bąbli śródskórnych jest dla chorego bardzo przykry. Pomijając 5-razowe kłucie śródskórne, skarżą się chorzy na dotkliwy ból w miejscu zastrzyku, który utrzymuje się przez kilka minut. Wynik ogólny badań kontrolnych na naszych przypadkach znacznie różni się od wyników podanych przez Mestera. Z 13 przypadków schorzeń gośćcowych otrzymał prelegent 4 dodatnie odczyny, co stanowiło by w odsetkowym obliczeniu 30% wyników dodatnich a z 11 przypadków wielostawowego przewlekłego gośćca otrzymał prelegent 3 dodatnie odczyny, co stanowi w ogólnym odsetkowym obliczeniu 27% dodatnich wyników. Na podstawie powyższych badań, które wykazały jedynie w 27% przypadków przewlekłego gośćca wielostawowego dodatnie odczyny, nie może prelegent podzielić zdania autora, iż odczyn immunobiologiczny salicylowy jest odczynem w ścisłym tego słowa znaczeniu swoistym dla schorzenia gośćcowego. W badaniach powyższych uderzył natomiast jeden szczegół, który chciałby prelegent podkreślić, a mianowicie stwierdził w jednym przypadku przewlekłego wielostawowego gośćca i to wtórnego, że dodatni odczyn salicylowy szedł w parze z korzystnym wpływem leczniczym preparatów salicylowych w zastosowaniu wewnętrznym kąpielowym *(Salhuminbad)*. Na podstawie tego spostrzeżenia skłonny byłby prelegent raczej twierdzić, iż odczyn ten w pewnym stopniu wskazuje jedynie na pewne postacie przewlekłego wielostawowego gośćca, które wrażliwe są na farmako-alergen, jak Mester chce salicylowy i te w tych wypadkach dają odczyn salicylowy dodatni. Również obserwacje kliniczne wykazują, iż nie wszystkie przypadki przewlekłego gośćca stawowego w równym stopniu oddziaływują na preparaty salicylowe. Dalsze badania odczynu Mestera niewątpliwie stanowczo wykażą wartość praktyczną powyższego odczynu.

Rozprawa: Kol. Górski: Próbę Mestera wykonałem w 5 przypadkach, z czego 3 dotyczyły ostrego wielostawowego gośćca, 2 gośćca przewlekłego. We wszystkich przypadkach był wynik ujemny, przy czym w 3 przypadkach zamiast spodziewanej obniżki leukocytów obserwowałem nieznaczne podwyższenie ich liczby, w 1 utrzymanie się leukocytów na poziomie pierwotnym, w jednym tylko obniżka o 6%. W obrazie krwi żadnych wyraźnych zmian nie stwierdziłem.

Kol. Neyman (członek Wydziału) bezpośrednio po doniesieniu Mestera zainteresował się bardzo jego próbą, chcąc w niej znaleźć przedmiotowy sprawdzian i możność różniczkowania w przypadkach w praktyce wojskowej częstych schorzeń narządu ruchowego o typie niejasnym np. przy tzw. „bólach gośćcowych" i „darciach w członkach". Przeprowadził ogółem 23 badania, które jednak wypadły na ogół dla oceny wartości odczynu niekorzystnie. W przypadkach niejasnych odczyn ten nie dał nic lub co najmniej wynik wątpliwy. Wypadł on jedynie dodatnio w 5 na 11 badanych przypadków typowego ostrego gośćca wielostawowego. Oprócz 5 wyraźnie dodatnich odczynów Mestera w tej grupie otrzymałem 3 przypadki wątpliwe (spadek leukocytów poniżej 15%).

N. stwierdził ponadto odczyn dodatni w 2 badanych przypadkach częstego obrzęku stawów w przebiegu choroby posurowiczej.

Kol. Tuszewski (członek Wydziału) podkreśla, że ilość leukocytów i skład ich jest zależny od układu nerwowego wegetywnego. Tak np. drażnienie tego układu na szyi zmienia zasadniczo ilość i skład białych krwinek. Dalej trzeba uwzględnić, że jednocześnie pobrana krew z lewej i prawej ręki może wykazać wahania liczby krwinek białych.

Bolesność bodźca przy doskórnym zastrzyku może bez wątpienia wpłynąć na liczbę krwinek białych, przy czym oddziaływanie to może być oczywiście bardzo indywidualne, jak to widzimy przy szeregu innych zabiegów rozpoznawczych i leczniczych.

Kol. Jezierski (członek Wydziału): referent sam ocenił wartość i znaczenie odczynu, iż głównie ból sprawiony przy zastrzyknięciu salicylu wywołuje oddziaływanie hemoklazyczne.

J. poleca w przyszłości dodać nowokainy do salicylu.

Kol. Neyman (członek Wydziału): w odpowiedzi prof. Jezierskiemu i Dr Tuszewskiemu podaje, że niewątpliwie nie da się wykluczyć wpływu samego nakłucia i zabiegu zakładania bąbli śródskórnych (które są bardzo bolesne) na zmiany poprzez układ wegetatywny na obraz krwi.

Mester w swoim doniesieniu podaje badania kontrolne przy pomocy fizjologicznego rozczynu soli.

Kol. N. w 2 przypadkach dodatniego wyniku przy ostrym gośćcu wielostawowym również przeprowadził taką kontrolę i po zastosowaniu rozczynu fizjologicznego nie otrzymał żadnych wyraźniejszych odchyleń w ilości białych ciałek.

Dla krytycznej oceny odczynu podanego przez Mestera było by wskazanym oprócz samej ilości leukocytów badać wzór ich różniczkowy.

Kol. N. przeprowadził także badania w 4 przypadkach, które były jednak zupełnie rozbieżne.

Liczba 23 przypadków jest niewątpliwie za mała dla ostatecznego wypowiedzenia się o wartości podanego odczynu, zdaje się jednak już i z tej ilości zgodnie z prelegentem, że odczyn ten nie będzie mógł mieć większej wartości klinicznej.

Kol. Raszeja (członek Wydziału) uważa, że myśl usuwania bólu przez zastrzykiwanie nowokainy jest bardzo szczęśliwa i proponuje wykonanie prób Mestera na odcinku skórnym przewodowo znieczulonym nowokainą.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Polskie Zrzeszenie Lekarzy Województwa Białostockiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 października 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. K. Fiedorowicz.

1. Kol. Szemiot *omawia przypadek ciąży donoszonej z zamarłym płodem.* Chora M. D., przybyła do Szpitala św. Rocha z ciepłotą 38° i tętnem przyspieszonym. Podaje, iż ostatni period był przed 10 mies., jest w ciąży, lecz ruchów nie czuje od miesiąca — po upadku. Badanie *per vaginam:* ujście sformowane, przepuszcza opuszkę palca, nad wchodem wyczuwa się drobną część. Wydzielina z pochwy obfita, brudna, cuchnąca. Macica wielkością odpowiada donoszonej ciąży. Zabieg operacyjny: po otwarciu jamy brzusznej wydzieliły się cuchnące gazy, trzon macicy blady, marmurkowaty. Wykonano odcięcie nadpochwowe. Ranę wysączkowano. Sekcja macicy: płód martwy, zmacerowany, pomiędzy ścianą macicy a łożyskiem dość duże ognisko ropy. Stan chorej początkowo ciężki, wkrótce się poprawił, przebieg choroby gładki.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Korszyński i Kol. Fiedorowicz.

2. Kol. Korszyński *wygłosił referat pt.: „Patogeneza rzucawki porodowej, jej zapobieganie i leczenie".*

Prelegent omawia szereg teoryj wyjaśniających przyczyny powstania tego cierpienia. 1) Van der Höven i Fehling wyszli z założenia, że skoro sprawa przebiega u kobiet, będących w ciąży i skoro przy usunięciu płodu z łona matki ustają ataki rzucawki, przyczyna tkwi w płodzie. Powstała teoria płodowa rzucawki. Spostrzeżenia kliniczne, że rzucawka powstawała po urodzeniu płodu zachwiały teorię płodową i powstała teoria łożyskowa. Każdej ciąży towarzyszy twór — łożysko, które jest siedliskiem wysokoczynnych fermentów. Jednak i ta teoria nie wyjaśniła zjawiska powstania rzucawki w połogu, a więc po urodzeniu płodu i łożyska. Tutaj przyszły z pomocą badania Schmorla, Litborocha i Veita, którzy dowiedli, że zarówno w prawidłowo, fizjologicznie, przebiegającej ciąży, jak i w przebiegu ciąży patologicznej można wykazać w krwiobiegu matki komórki syncycjalne. Te elementy komórkowe łożyska odrywają

się od swego podłoża i dostają się do krwiobiegu matki, mogą więc przebywać w ustroju kobiety nawet po urodzeniu płodu i łożyska i stać się źródłem wytwarzania jadów i dać typowy napad rzucawki.

Autorowi angielskiemu Paramore nie odpowiadały poprzednie teorie. Skierował swą uwagę na ciśnienie śródbrzuszne, które jest w ścisłym związku z ogólną przemianą materii. Nieprawidłowe ciśnienie śródbrzuszne może wywołać zmiany w macicy, wątrobie lub nerkach. W macicy gorsze odżywianie płodu, w wątrobie zmiany martwicze zrazików, takie same zmiany w nerkach.

Teoria mechaniczna Paramore wyjaśnia, że ucisk powodowany zwiększonym ciśnieniem śródbrzusznym utrudnia obieg krwi w narządach i powoduje przez to zahamowanie ich rozwoju i zmniejszenie wydajności ich pracy, a w następstwie prowadzi do zmian patologicznych tych narządów, co w rezultacie sprowadza zmianę w chemizmie krwi.

Prace ostatnich lat nad ciałami gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu dały teorię hormonalną rzucawki. Wyniki badań wykazują, że w przebiegu normalnej ciąży występują pewne zaburzenia ze strony czynności wątroby. Schmidt i Bickenbach twierdzą, że czynność wątroby w ciąży jest tak bardzo wzmożona, że osiąga niemal granice swej wydolności, a Chiron i Skaundura dowiedli, że wstrzyknięcie pozajelitowe białka przede wszystkim uczula wątrobę tak, że dalsze wprowadzenie białka doprowadza do uszkodzenia wątroby. Elementy syncycjalne, które odrywają się od podłoża i dostają się do krwiobiegu matki, stają się dla organizmu matki obcym białkiem. Zatem syncycjum działa na organizm tak, jakbyśmy wstrzyknęli obce białko i w ciąży występuje niedomoga wątroby określana mianem: *hepatopatia gravidarum.*

Ponieważ na sekcjach osób zmarłych na rzucawkę stwierdzano powiększenie przysadki i nadnerczy, przez szereg lat panował pogląd, że rzucawka jest wynikiem schorzenia układu przysadkowo-nadnerczowego. Stwierdzono, że surowica chorych na rzucawkę zawiera szczególnie dużo hormonu tylnego płata przysadki. Niektórzy autorowie znajdowali zwiększoną ilość adrenaliny we krwi tych chorych, inni zaś zmniejszoną ilość. W piśmiennictwie podano liczne przypadki rzucawki po podaniu hormonu tylnego płata przysadki. Jednak i teoria hormonalna nie rozwiązała zagadnienia patogenezy rzucawki, gdyż obserwacje kliniczne mówią, że są postacie rzucawki o charakterze poronnym, są rzucawki w połogu, w kilka tygodni po porodzie. Jakże to pogodzić z tym, że z chwilą urodzenia płodu rychło znika hormon tylnego płata przysadki ze krwi. Raad (Holandia) nie zgodził się z autorami teorii hormonalnej, gdyż stwierdził, że zarówno mocznica, jak i rzucawka jest zatruciem amoniakalnym i że w każdej niewydolności nerkowej dla zwalczania kwasicy występuje tworzenie się amoniaku poza nerkami; zatem Raad jest zdania, że znana jest trucizna wywołująca rzucawkę, a jest nią amoniak.

Zwolennicy teorii płodowej w leczeniu rzucawki zwracali uwagę na usunięcie jaja płodowego, twórcy teorii hormonalnej na dowóz cukru do organizmu w postaci syropów, osłodzonej herbaty, lewatyw odżywczych. Jedynym racjonalnym leczeniem w rzucawce jest doprowadzenie dożylne cukru, który rozrywa *circulus vitiosus* w wątrobie, wzmacnia serce, zwalcza kwasicę i reguluje diurezę. Stosujemy 10% roztwór cukru z 1% roztworem sody. Küstner proponuje stosować tyreoidynę celem zwiększenia procesów utleniania ustroju. W ten sposób nie doprowadzi się do zatrucia ciążowego. Na jedną rzecz zwrócić należy uwagę w zapobieganiu rzucawki: na zwiększone wydalanie moczu. Za radą Behringa stosujemy sodę z *natr. citric.* āā 1,0 3 razy dziennie. Korzyść tej mieszanki jest taka, że soda zmniejsza kwasicę, *natr. citric.* wzmaga ruchy robaczkowe moczowodów tak samo, jak kofeina lub pituitryna.

Raad bardzo silnie alkalizuje ustrój mieszanką: *natr. citric.* + *kal. citric.* āā 15,0 *pro die.*

Ogólnie przyjęte postępowanie lecznicze w rzucawce możemy podzielić na czynne i bierne oraz pośrednie między jednym i drugim. Jedni z polskich autorów stoją na stanowisku, że cięcie nadłonowe dla chorych z rzucawką jest bardziej szkodliwe, niż cięcie sposobem Dürsena, inni zaś cięcie nadłonowe chętniej stosują niż pochwowe. Metoda Stroganowa: morfina podskórnie w ilości 0,015—0,02 (0,04 *pro die),* upust krwi, wodnik chloralu 1,5—2,0 *pro dosi* (5,0—6,0 *pro die),* są to środki stosowane w postępowaniu biernym. Wszystkie teorie starające się wyjaśnić, w jaki sposób powstaje tak ciężkie powikłanie ciąży, porodu, czy też połogu, jakim jest rzucawka, mają swoje „ale", które nie daje się wyjaśnić tą lub ową teorią. Sądząc z przedstawionych wywodów różnych autorów oraz na zasadzie własnych obserwacyj klinicznych musimy dla wyjaśnienia patogenezy rzucawki zwrócić uwagę na organizm matki. Nie jest winien płód, nie jest winno łożysko, a winien jest organizm matki. Skoro przemiana materii szwankuje, skoro nie dochodzi do prawidłowego spalania się produktów przemiany materii, zostają niedopałki najprawdopodobniej azotowe, które ulegają przemianie niewłaściwej: tworzą się gazy i kwasy w tkankach i te produkty zatruwają narządy organizmu, a w ciąży też łożysko i płód. Wskutek tego rozwój jaja płodowego nie będzie odbywać się właściwie, muszą z konieczności zachodzić w nim pewne zmiany, zarówno samego płodu, jak i łożyska. Łożysko choruje, płód choruje, bo cały organizm choruje. Przychylamy się do stanowiska dawnych autorów, że rzucawka jest następstwem samozatrucia organizmu. Musimy zatem zwrócić uwagę na higienę życia ciężarnej, na jej przewód pokarmowy, a więc i na wątrobę. Zatem musimy roztoczyć opiekę nad ciężarną w daleko szerszym zakresie niż to dotąd jest stosowane. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos: Kol. K a p ł a n, Kol. F i e d o r o w i c z i Kol. F r y s z m a n.

3. Kol. T r e j w i c z *wygłosił referat pt.: „Chrzęstniaki w ogólnej klasyfikacji nowotworów".*

Prelegent demonstruje wypadek wyłuszczonego chrzęstniaka olbrzymiego, wychodzącego z kąta żuchwy (Szpital św. Rocha, ord. Kol. Fiedorowicz) i podkreśla przy tej okazji, iż chrzęstniaki, które w ogólnej klasyfikacji zaliczane są do dobrotliwych guzów łącznotkankowych nie zawsze są dobrotliwe. W przypadku przedstawionym charakterystyczna była wielka zdolność wzrostowa guza, brak otoczki, nietypowa budowa histopatologiczna.

Chrzęstniaki zazwyczaj umiejscowiają się w kościach długich na granicy epi- i metafizy. Często wychodzą z diafizy. W czaszce najczęściej spotykamy je na *clivus Blumenbachi.* Umiejscowienie w kącie żuchwy, jak w danym przypadku jest bardzo rzadkie. Chrzęstniaki „złośliwe" charakteryzują się zawsze tym, że dają przerzuty na drodze krwionośnej. Opisane są także przerzuty prosówkowe we wszystkich kościach całego szkieletu lub w kościach połowy szkieletu.

W dyskusji zabierali głos: Kol. K. F i e d o r o w i c z i Kol. Cz. K a r w o w s k i.

Sekretarz: *Dr Cz. Karwowski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 5 lutego 1936 roku.

1. *Pokazy chorych.*

a) Kol. S a d o k i e r s k i: *„Przypadek adamantinoma solidum",*

b) Kol. I t e l s o n: *„Przypadek zgorzeli płuc".*

Chora lat 22, przed 3 tygodniami wyłuszczenie migdałków. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bezgorączkowy. Po ośmiu dniach chora nagle wykrztusiła nieco plwociny cuchnącej; powtórzyło się to kilka razy w ciągu następnych dni i dlatego chora zgłosiła się do szpitala. Badanie kliniczne zwłaszcza płuc nie wykazuje zmian chorobowych; stan bezgorączkowy. Plwocina skąpa, śluzowa, nieco cuchnąca, zawiera *bacill. fusiformis et spiroch. Vincenti.* Badanie krwi wykazuje 1.200 białych ciałek przy prawidłowym obrazie Schillinga. Odczyn Biernackiego 50'. Badanie rentgenowskie płuc: spore nacieczenie w obwodowej dolnej części płuca prawego.

W ciągu ostatnich 2 dni wzniesienie ciepłoty ciała do 37° przy braku zmian wysłuchowych w płucach. Kontrolne zdjęcie rentgenowskie płuc wykazuje już rozpad w obrębie wspomnianego nacieczenia.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na utajony poniekąd przebieg kliniczny cierpienia oraz na genezę schorzenia: zmiany zgorzelinowe w płucu prawym powstały najprawdopodobniej przez zachłyśnięcie w związku z tonsilektomią.

W dyskusji: Kol. T e n e n b a u m zapytał, z jakiego powodu wyłuszczono migdałki. Zachłyśnięcie pooperacyjne wydaje mu się mało prawdopodobne, ponieważ objawy wystąpiły dopiero po 10 dniach, raczej przypuszczałby zator.

2. Kol. A. S t i l l e r: *„Wątroba w schorzeniach gośćcowych"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. K o n spostrzegał ostatnio przypadek ostrego zapalenia stawów u 13-letniego chłopca, gdzie obok bólów w kilku stawach wystąpiły bardzo silne bóle w prawym nadbrzuszu już pierwszego dnia choroby. W ciągu 3 dni udało się opanować cierpienie przy pomocy dużych dawek salicylanu i piramidonu, a bóle w nadbrzuszu trwały przez tydzień. Można było wyczuć brzeg wątroby bardzo tkliwy na ucisk.

Kol. H a l p e r n-W i e l i c z a ń s k i *przedstawia z Oddziału Wewnętrznego A Szpitala fund. Poznańskich przypadek zwężenia lewego ujścia tętniczego.*

Chory F. H., lat 61, uskarża się na uczucie osłabienia i kołatania w okolicy serca, ból za mostkiem, duszność samoistną i wysiłkową, zawroty głowy zwłaszcza podczas ruchów, kaszel i nieznaczne krwioplucie. Przy badaniu stwierdza się: zmiany włókniste w górnym i środkowym płacie płuca prawego; zrosty opłucnowe prawostronne. W lewej jamie opłucnowej płyn, sięgający na 2 palce powyżej dolnego kąta łopatki. Uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrzu w linii sutkowej lewej, widoczne w postaci tętnienia rozlanego na szerokości 4 palców, podnoszącego, opornego, skurczowy koci mruk, wyczuwalny na przestrzeni między II a IV międzyżebrzem. Stłumienie sercowe: lewa linia sutkowa — górny brzeg IV żebra — linia leżąca 1 palec na wewnątrz linii sutkowej prawej. Osłuchowo szmer skurczowy szorstki, piłujący, długi, najgłośniejszy w II i III prawym międzyżebrzu przymostkowo oraz szmer rozkurczowy słaby, syczący, słyszalny w II i III międzyżebrzu prawym przy mostku. Szmer skurczowy jest słyszalny nad całym sercem, nad tętnicami podobojczykowymi i szyjnymi, nad wyrostkami kolczastymi 3 górnych kręgów piersiowych, wzdłuż części kostnych żeber na przedniej powierzchni klatki piersiowej i wzdłuż obojczyków. Nad koniuszkiem serca słychać długi szmer skurczowy i bardzo słabo II ton. Co 5—10 skurczów miarowych występuje „nadskurcz" stwierdzany także na obwodzie. Tętnice obwodowe stwardniałe, nieco skręcone. Tętno małe, leniwe, twarde, około 70/min. W pozycji poziomej, a jeszcze wyraźniej z rękami uniesionymi ku górze tętno w prawej tętnicy szprychowej mocniej napięte i bardziej wypełnione, niż na lewej. Dłonie zasinione, chłodne, lewa chłodniejsza od prawej. Jama brzuszna: wątroba wyczuwalna, twarda; śledziona niemacalna. W plwocinie prątków Kocha nie znaleziono. Płyn z opłucnej — odczyny Rivalty-Janowskiego i Sochańskiego ujemne, białka 10—14‰, w osadzie liczne krwinki, 10—20 limfocytów w polu widzenia, OB 60'. Obraz krwi poza nieznaczną erytrocytozą i limfocytoza bez odchyleń od normy. We krwi i w płynie z opłucnej przed i po prowokacji odczyn Wassermanna ujemny. Ciśnienie krwi na kończynie górnej lewej 140/100 mm Hg, na prawej 150/100 mm Hg. EKG — blok ramienia prawego. Roentgen — twarde pasmowate cienie zagęszczenia w górno-środkowych częściach płuc z przewagą po stronie prawej, zrosty opłucnowe prawostronne, zwłaszcza międzypłatowe; *pleuritis sinistra exsudativa* na wysokości 4 palców; tętnica główna i śródpiersie przesunięte w prawo; tętniakowate rozszerzenie podstawowej zstępującej części tętnicy głównej; tętnica główna poza tym w całości wydłużona: serce o konfiguracji zbliżonej do aortalnej, niepowiększone. Rozpoznanie kliniczne przypadku brzmi: *stenosis ostii arteriosi sin., aneurysma aortae ascendentis, arteriosclerosis diffusa, hydrothorax sin., tbc. pulm. fibrosa stationaris.* Tłem zwężenia lewego ujścia tętniczego, jak i tętniaka jest sprawa miażdżycowa. Powyższe dane kliniczne pozostały potwierdzone na sekcji. Godnym podkreślenia jest mechanizm powstania tętniaka. Na sekcji okazało się, że rozszerzenie tętniakowate stwierdzono na tętnicy głównej właśnie w miejscu, które znajdowało się pod stałym działaniem silnego strumienia krwi, wydobywającego się poprzez zwężone ujście tętnicze na skutek wzmożonego w swej sile skurczu przerosłej lewej komory.

Przypadek omówiony zasługuje na uwagę ze względu na to, że zwężenie ujścia tętniczego jest wadą rzadką, zwłaszcza jeśli z innymi nie jest skojarzone; większość statystyk szpitalnych o tej wadzie nie wspomina; ponadto omówiono przypadek i ze względu na skojarzenie stwierdzonej wady zastawkowej z tętniakiem i sposób jego powstania, wyświetlony na autopsji.

W dyskusji zabrali głos Kol. Ściesiński i Kol. Hurwicz.

4. Kol. Gutmanowa *wygłasza referat: „Ostra niedomoga nadnerczy i zespół Waterhouse-Friderichsena u dzieci".*

W świetle najnowszych zdobyczy endokrynologii kora nadnerczy stanowi narząd wewnątrzwydzielniczy, którego hormon reguluje ciśnienie krwi, wpływa na ogólną przemianę ustroju, przede wszystkim na gospodarkę węglowodanową, mineralną i wodną, na syntezę katalizatorów, cysteiny i glutationu, wreszcie ma doniosłe znaczenie odtruwające a to z powodu zwiększania oporności ustroju.

Jak widać, mogą wyniknąć poważne skutki w przypadkach uszkodzenia nadnerczy. U dzieci ostrą niedomogę nadnerczy spotyka się w przypadkach kiły wrodzonej, a przede wszystkim w klinice chorób zakaźnych, jak to wynika z danych doświadczalnych, anatomicznych, klinicznych oraz wyników badań czynnościowych. Obraz kliniczny spostrzegany w przebiegu ciężkiej błonicy, płonicy, duru brzusznego, róży, odry itd., przedstawia się w postaci ciężkiej adynamii, spadku ciśnienia, bladości. Stopień uszkodzenia nadnerczy może stanowić o rokowaniu, może też być przyczyną nagłego zgonu.

Z rozważań tych wynikają wskazania do stosowania w tych wypadkach wyciągu z kory nadnerczy, w połączeniu ze stosowaniem kwasu askorbinowego.

Kwas askorbinowy, identyczny z witaminą C, wpływa na oporność ustroju, być może na czynnościową wydolność kory nadnerczy. Wyniki lecznicze przedstawiają się zachęcająco.

Ostrą niedomogę nadnerczy u dzieci spostrzegamy w bardzo rzadkim zespole Waterhouse-Friderichsena.

W Szpitalu Anny-Marii w Łodzi na oddziale niemowlęcym (ordynator dr Frenklowa) spostrzegano przypadek tego zespołu u niemowlęcia 5-miesięcznego.

Obraz kliniczny przedstawiał się w postaci piorunującej posocznicy z objawami skazy krwotocznej na skórze, zejście śmiertelne nastąpiło po 16 godzinach od zachorowania. Na sekcji (dr Ściesiński) stwierdzono wylewy krwawe do obu nadnerczy. Etiologia tego zespołu nie jest jeszcze wyjaśniona, być może są to przypadki piorunującej posocznicy meningokokowej. U noworodków spostrzega się ostrą niedomogę nadnerczy wskutek wylewów krwawych, powstałych na tle urazu porodowego. W kilku spostrzeganych przypadkach stwierdzano hipoglikemię, jako wyraz niedoczynności nadnerczy.

W dyskusji: Kol. Hurwicz obserwował krwiaki w nadnerczu po oparzeniach i zamrożeniach.

Kol. J. Kon podkreślił doniosłe znaczenie kliniczne odkrycia kwasu askorbinowego, który, zastępując stosowanie naturalnej witaminy C w sokach, umożliwi podawanie jej niemowlętom, cierpiącym na przewlekłe zaburzenia trawienia, gdzie dysergia może będzie mogła być opanowana za pomocą tego preparatu, a gdzie podawanie kilkudziesięciu cm^3 soków jest prawie niemożliwe.

W jakim stopniu preparaty z kory nadnercza okażą się skuteczne w ratowaniu dzieci, u których występuje niedomoga nadnerczy w zakażeniach, trudno jeszcze przewidzieć. Zależy to w znacznym stopniu od rodzaju i stopnia uszkodzenia nadnerczy. O ile zmiany w nadnerczach będą takie, że ich anatomiczna odnowa będzie niemożliwa, to preparaty z kory będą tylko zastępczymi, podobnie jak insulina. Dokładne badania anatomiczne tych uszkodzeń w nadnerczach mogą tu dużo wyjaśnić.

Przerost grasicy w przypadkach omawianego zespołu jest najprawdopodobniej zastępczy i przemawia za tym, że wogóle nadmiernie powiększona grasica u małych dzieci jest wyrazem pierwotnie niewydolnego układu chromafinowego, a śmierć grasicza jest śmiercią wynikającą z tej niedomogi.

Brak objawów zapalenia opon mózgowych w przypadkach omawianego zespołu, w których wyhodowano meningokoki, wskazuje na to, że właśnie wyjątkowa ciężkość zakażenia wynika z braku hiperergicznego oddziaływania ze strony zwykłego podłoża uczulającego się na meningokoki, mianowicie ze strony opon. W przypadkach ciężkich posocznic meningokokowych z zapaleniem opon zejście nie jest tak katastrofalne (ostatnio prelegent widział jeden przypadek bardzo ciężki, z ciemnymi wylewami do skóry, a jednak wyleczony).

Kol. Ściesiński w opisanych przypadkach nie stwierdził w preparatach histologicznych zmian chorobowych w komórkach nadnerczy, obserwował jedynie wybroczyny krwawe. Jednakże nastąpiło wypadnięcie czynności nadnerczy, za czym przemawiało powiększenie i przekrwienie śledziony.

Poza tym zabierali jeszcze głos w dyskusji Kol. H. Frenklowa i Szyfman.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowo-wyborczego z dn. 7 stycznia 1936 roku.

1. Kol. Zembrzuski L. (członek T-wa) *wygłosił odczyt pt.: „Zagadnienie życia i choroby z punktu widzenia współczesnej filozofii i medycyny"* (streszczenie własne).

Istota życia, zdrowia i choroby nie została dotychczas przez naukę pozytywną poznana pomimo usiłowań badaczy, wysuwających szereg hipotez. Zagadnienie ma charakter metafizyczny, jednak myśl ludzka nie zna granic a rozum zapewne będzie stale dążył nadal do zerwania zasłony z misterium życia, zdrowia i choroby. Na razie nauka ograniczyć się musi do badania objawów tych zjawisk, warunków, w jakich się one odbywają oraz praw, które nimi rządzą. Współczesne określenie życia, zdrowia i choroby nie jest ani wyczerpujące, ani dostatecznie dokładne. Życie — to zespół korelacyjno-dynamiczny wszystkich składowych elementów istot organicznych; zdrowie — to normalny korelacyjny stosunek wśród tych elementów w ramach szerokości fizjologicznej danego indywiduum; choroba —

to dyskorelacja procesów życiowych, biologicznych. W chorobie odróżniamy z punktu widzenia filozoficznej teorii poznania nie tylko jej początek i przebieg, lecz również proces zdrowienia, który w istocie swej jest bardzo mało zbadany. Sihle zaproponował utworzenie obok patogenezy — higiogenezy, która zajęłaby się badaniem potencjonalnych czynników, kierujących powrotem organizmu chorego do stanu normalnego. Badania w tym kierunku mogłyby rzucić wiele światła nie tylko na początek i przebieg choroby, lecz i na zjawiska odzyskiwania zdrowia i skierowałyby nasze leczenie, przeważnie empiryczne, na drogi bardziej racjonalne.

Z powodu braku *quorum* wybory nie odbyły się.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Sekretarz doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Mikrobiologicznego w Londynie.

II międzynarodowy zjazd poświęcony sprawom mikrobiologii, który odbył się w Londynie w lipcu ub. r., objął jeszcze szerszy zakres zagadnień aniżeli zjazd poprzedni i poza tematami z zakresu mikrobiologii ogólnej, bakteriologii, patologii i serologii uwzględnił w bardzo dużym stopniu tematy chemiczne.

Obrady toczyły się w ośmiu sekcjach, w każdej nad jednym lub najwyżej kilku z góry ustalonymi tematami głównymi i pod przewodnictwem zaproszonych przez zjazd specjalistów, którzy wygłaszali wykłady wstępne i zagajali dyskusję. Tego rodzaju system, który coraz bardziej wypiera przestarzały system masowych komunikatów na niepowiązane ze sobą tematy zdobył sobie i tym razem ogólne uznanie i dzięki niemu pozostawała dyskusja prawie we wszystkich sekcjach na bardzo wysokim poziomie.

Przedmiotem obrad sekcji ogólnej biologii drobnoustrojów były głównie prace nad wzrostem drobnoustrojów; dużo interesujących komunikatów dotyczyło natury chemicznej i działania ciał pobudzających i hamujących wzrost drobnoustrojów; szeroko omawiano zagadnienie symbiozy, w szczególności zaś tak aktualną obecnie sprawę symbiozy między bakteriami i zarazkami przesączalnymi.

Zarazkom przesączalnym i chorobom przez nie wywołanym poświęcona była osobna sekcja (II).

Jako temat zasadniczy wysunięto na niej zagadnienie istoty tzw. zarazków przesączalnych i bakteriofagów, przy czym stanowisku dość odosobnionemu D o e r a, kwestionującemu konieczność uważania ich za odrębne organizmy, pasożytujące na organizmach wyższych przeciwstawiła się cała szkoła Instytutu Państwowego dla Badań Lekarskich w Londynie, przedstawiając swoje najnowsze wyniki badań fotografowania, pomiarów wielkości, oczyszczania i działania chorobotwórczego poszczególnych zarazków przesączalnych. Zjawiskiem charakterystycznym jest obecnie to, iż liczne względy techniczne zwracają badaczy tego przedmiotu do podejmowania badań zarazków, pasożytujących na roślinach, jako znacznie lepszego materiału do doświadczeń. Wielkie poruszenie wzbudziło też w dyskusji wyznanie sędziwego B o r d e t a, iż obecny stan badań zmusza go do poddania rewizji swych znanych zapatrywań na istotę bakteriofaga.

Na osobnej sekcji (III) omawiano chorobotwórcze działania drobnoustrojów i sposoby odróżniania poszczególnych typów chorobotwórczych i niechorobotwórczych. Na pierwsze miejsce wysunęły się tu sprawy paciorkowców, poza tym meningokoków, maczugowców błonicy, wreszcie pałeczek z grupy Salmonelli i Brucelli.

Również na odrębnych sekcjach zebrano tematy, dotyczące mikrobiologii stosowanej, a więc uodparniania i leczenia ludzi i zwierząt, dalej sprawy mikrobiologii rolniczej i fermentacyjnej. Osobno omawiano również zagadnienia zoologiczne i parazytologiczne.

Prace z zakresu chemii mikrobiologicznej wypełniały dużą ilość komunikatów niemal każdej sekcji; nie brakło oryginalnych prac nad naturą chemiczną antygenów, zarazków przesączalnych, czynnika „V" i nad przemianami chemicznymi w mleku i produktach mleczarskich. Szczególnie w sekcji serologii i immunochemii, gdzie omawiano zagadnienia alergii, patergometrii, serodiagnostyki i metod ilościowych stosowanych w serologii, było dużo komunikatów chemicznych. Prócz tego obradowała specjalna sekcja mikrobiologii chemicznej, a fermentacje i spalania w bakteriach i grzybach wypełniały dużą część jej komunikatów. Szczególnie interesujący przebieg miało posiedzenie poświęcone przemianom chemicznym w drożdżach; rozważano na nim jedno z najaktualniejszych w chemii fizjologicznej zagadnień: zagadnienie działania kozymazy i innych kofermentów, ich rolę fosforylacyjną i utleniającą w fermentacjach i spalaniach oraz związek między ich działaniem a budową chemiczną. Każdy z wykładających naświetlał zagadnienie z innej strony, ujmując je w swój oryginalny sposób. Posiedzenie to miało tym piękniejszy charakter, że przewodniczył mu ten, który zapoczątkował z końcem ubiegłego stulecia nowoczesną naukę o fermentacji drożdżowej, Artur H a r d e n.

Jak z krótkiego tego sprawozdania widać, zjazd londyński przedstawiał się co do ilości omawianych zagadnień i zgłoszonych tematów bardzo imponująco. Każdy uczestnik zjazdowy ograniczyć sie musiał tylko do wysłuchania pewnych tematów, objęcie całości staje się już i fizyczną niemożliwością. Czy zatem i mikrobiologowie rozbiją się w przyszłości na grupy ściślejszych specjalistów, obradujące osobno, czy raczej dążyć będą do świadomego ograniczania tematów zjazdowych, do kilku takich, które wszystkich zajmują i pozwalają na szeroką wymianę poglądów? Oto pytanie, które po każdym większym zjeździe na myśl przychodzi i o którym przed każdym nowym zjazdem się zapomina.

Bardzo liczne zwiedzania instytutów naukowych i urządzeń higienicznych Londynu i okolicy, tudzież urozmaicona strona towarzyska wypełniła resztę wolnego od obrad czasu uczestników tego znakomicie zorganizowanego zjazdu.

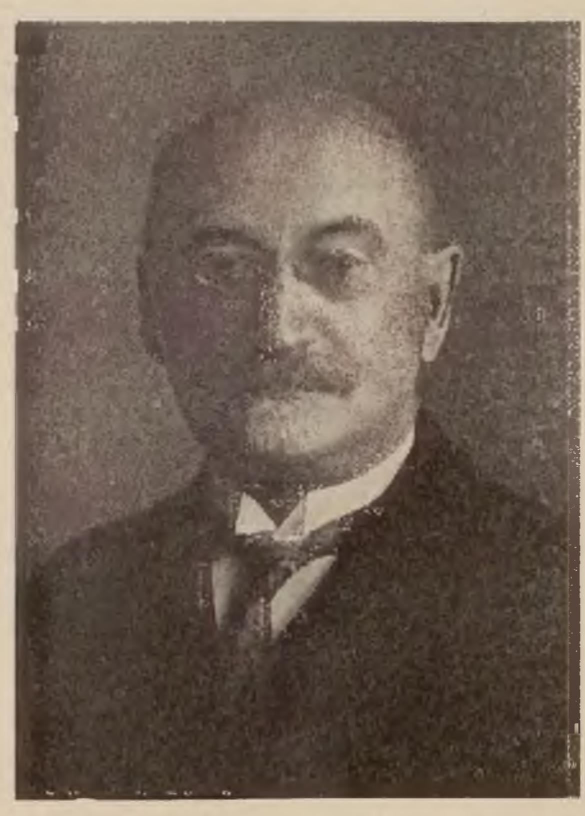
St. Legeżyński (Lwów) i *T. Mann* (Cambridge).

NEKROLOGIA.

† Dr Adolf Kuhn.

Przed kilku dniami pożegnaliśmy na zawsze dr Adolfa K u h n a, który opuścił szeregi kolegów starszego pokolenia — tego pokolenia, z którego wyszło tyle wybitnych jednostek, tak czynnych na polu zawodowym, społecznym i obywatelskim.

Urodzony w Krakowie w r. 1865 — w tym mieście Jagiellońskim spędził też pierwsze swe lata i w nim otrzymał w r. 1888 dyplom doktorski. Następnie przeniósł się do Lwowa i tu pra-



cował w Krajowym Szpitalu Powszechnym, po czym poświęcił się państwowej administracji sanitarnej, w której na odpowiedzialnych stanowiskach lekarza powiatowego w Trembowli i Drohobyczu rozwinął energiczną działalność w zwalczaniu chorób zakaźnych m. i. cholery azjatyckiej. Jako inspektor sanitarny w Namiestnictwie lwowskim kierował akcją zwalczania zimnicy i duru osutkowego, którym też zakaził się w r. 1911. Jako doświadczony praktyk w zwalczaniu chorób zakaźnych śp. dr K u h n był delegowany przez rząd austriacki do San Bartholomeo koło Triestu dla zorganizowania stacji kontumacyjnej, w której prze-

bywało 2000 robotników, podejrzanych o zakażenie durem osutkowym (1913), a potem dla tych samych celów do kilku obozów wojennych. Rząd austriacki delegował Go też kilka razy na międzynarodowe zjazdy higieny.

Z chwilą powstania Państwa Polskiego dr Kuhn zostaje mianowany dyrektorem Okręgowego Urzędu Zdrowia w Kielcach, skąd powraca do Lwowa na stanowisko inspektora lekarskiego i dzielnie pracuje w Nadzwyczajnym Komisariacie dla zwalczania epidemii w Małopolsce Wschodniej. W r. 1926 odbywa kilkutygodniową podróż naukową po Jugosławii dzięki subwencji rządowej. Bierze żywy udział w zjazdach, na których wygłasza referaty z dziedziny zdrowia publicznego.

Śp. dr Kuhn nie ogranicza się tylko do owocnej pracy na polu administracji sanitarnej. Jego natura każe Mu brać żywy udział w organizacjach lekarskich, w których też spotyka się z należną czcią i uznaniem. Szereg lat jest członkiem Wydziału Związku lekarzy rządowych, następnie Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego jako przewodniczący Komisji przemysłowo-lekarskiej, a następnie w r. 1930 jako prezes Towarzystwa. Bierze też żywy udział w pracach Polskiego Towarzystwa Higienicznego we Lwowie, którego jest wieloletnim wiceprezesem a jego Sekcji higieny ludu przewodniczącym i redaktorem wydawanej przez Towarzystwo Biblioteczki higienicznej powszechnej. Jego niezwykła skrupulatność i obowiązkowość skłoniła też Spółkę Wydawniczą Lekarską do powierzenia Mu obowiązków początkowo sekretarza generalnego a potem redaktora Polskiej Gazety Lekarskiej w r. 1922.

Działalność śp. dr Kuhna nie ogranicza się jedynie do praktycznej pracy na polu zdrowia publicznego, dotyczy ona także dziedziny zawodowej i piśmienniczej.

Od r. 1922 zasiada On przez dwie kadencje w Zarządzie Lwowskiej Izby Lekarskiej, a nawet od maja 1928 do marca 1929 jest jej naczelnikiem, a potem szefem i referentem w biurze Izby do lipca 1934 r. Dopiero choroba skłania Go do usunięcia się w zacisze domowe, jednak nie wytrąca Mu pióra z ręki.

Śp. dr Kuhn przez szereg lat dzieli się z fachowymi czytelnikami swym bogatym doświadczeniem w szeregu prac i artykułów, ogłaszanych drukiem w pismach polskich i niemieckich. Obejmują one 35 numerów bibliograficznych, a można je podzielić na kilka grup. Należą tu prace z zakresu organizacji spraw zdrowia publicznego, wśród nich prace o jaglicy, gruźlicy i innych chorobach zakaźnych, o uzdrowiskach, ubezpieczeniu na wypadek choroby, o reformie służby zdrowia i in. Druga grupa obejmuje prace statystyczne z zagadnień higieny społecznej m. in. z zakresu raka i twardzieli, chorobowości i śmiertelności. Do trzeciej grupy należą prace zawodowo-lekarskie np. o izbach lekarskich, reforma studiów lekarskich w Polsce i in.; do nich należy zaliczyć także szkic historyczny „Stillerowska fundacja w Morszynie" ukończony z końcem 1935 r., dotąd drukiem nieogłoszony. Ostatnia, piąta grupa, obejmuje różne artykuły okolicznościowe.

Jeżeli przegląda się działalność i dorobek piśmienniczy śp. dra Kuhna, to widzi się różnorodność Jego zainteresowań, zawsze owianych poczuciem obywatelskim polskim i troską o dobro społeczne. Bo też Zmarły przedstawiał typ charakteru kryształowego i niezłomnego, który nie znał kompromisów, lecz tylko dobro i uczciwość. Jeżeli dodamy do tego niezwykłą sumienność i obowiązkowość — to będziemy mieli obraz pełni Człowieka, Obywatela, Lekarza i Kolegi.

Cześć Jego pamięci!

W. Nowicki (Lwów).

OD REDAKCJI.

Z powodów od Redakcji niezależnych nie będzie w bieżącym roku dołączany do P. G. L. bezpłatny dodatek „Ruch Przeciwgruźliczy".

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

Posiedzenie naukowe Polskiego Tow. Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 3 stycznia 1937 r. 1. Demonstracje chorych: a) dr B. Chorążycki: Obustronna zewnętrzna operacja zatoki czołowej; b) dr Karbowski i dr Dworecki: Przypadek dwukomorowego ropnia mózgu; c) dr Karbowski i dr Dworecki: Przypadek mięsaka gardzieli operowany drogą zewnętrzną; d) dr Karbowski i dr Gelernter: Przypadek trombopenii powikłany ropnym schorzeniem narządu słuchu z nietypowym zespołem objawów neuropsychicznych; e) dr Karbowski i dr Gelernter: Przypadek posocznicy grypowego pochodzenia w przebiegu pooperacyjnym; f) dr Karbowski: Obustronny ropień przednich części zrazów czołowych pochodzenia urazowego; g) dr Karbowski: Przypadek ropnego schorzenia narządu słuchu, wywołanego przez streptococcus mucosus o powikłanym przebiegu. 2. Wolne wnioski.

XV Międzynarodowy Zjazd Okulistyczny odbędzie się w Kairze w grudniu br.

VII Zjazd Okulistów Polskich odbędzie się w ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w czasie od 4—7 lipca 1937 r.

Różne.

Z kraju.

W Ojcowie pod Krakowem ma być podobno z wiosną otwarty Zakład przyrodoleczniczy wzorowany na Zakładzie Dr Tarnawskiego w Kossowie.

Holandia.

Na odbytej w r. 1935 konferencji poświęconej zagadnieniom bezpieczeństwa i higieny pracy oraz bezpieczeństwa ruchu kołowego, w której udział wzięło kilka państw z Wielką Brytanią i Stanami Zjednoczonymi A. P. na czele — postanowiono zorganizować w r. 1937 Pierwszą Międzynarodową Konferencję w Holandii. Konferencja ta odbędzie się w końcu kwietnia w Amsterdamie. Na uwagę zasługuje metoda obrana przez inicjatorów konferencji w celu ustalenia programu obrad, a mianowicie do poszczególnych państw zostaje rozesłany kwestionariusz, dotyczący najbardziej interesujących zagadnień, które by zapytani uważali za wskazane poruszyć i co do których pragnęliby otrzymać specjalne informacje. Liczbę delegatów z każdego kraju ustalono na pięć osób oraz po jednym delegacie na każde 10 milionów mieszkańców.

Włochy.

W czerwcu ub. r. otwarto w Mediolanie Instytut Medycyny Przemysłowej, poświęcony badaniom w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Instytut został bogato wyposażony w szereg urządzeń laboratoryjnych.

Komunikaty.

Staraniem „Bruxelles-Medical" urządzona zostanie od 18. III. do 6. IV. br. wycieczka na Wschód (Sycylia—Egipt—Palestyna—Syria). Koszty: 1375—1835 fr. belg. Informacje: Bureau des croisières et voyages médicaux, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Stały komitet międzynarodowych kongresów medycyny i farmacji wojskowej urządza z okazji tegorocznego kongresu (Bukareszt, 2—10 czerwca 1937) wycieczkę po Europie Środkowej. Informacje, jak powyżej.

Redakcja otrzymała:

D. Cordier: Les méthodes manuelles de respiration artificielle. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 14 fr.

W. Terajewicz: Opieka pozazakładowa w Choroszczy. Odb. z „Nowin Psychiatrycznych". Z. III—IV. 1935.

P. Savy: Traité de thérapeutique clinique. T. I, II i III. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 300 fr.

M. Petrusewiczowa: Dyspareunia czyli brak orgazmu u kobiety. Odb. z „Ginekologii Polskiej". T. XV. Z. 7—8. 1936.

Podręcznik chirurgii. Część I i II. pod redakcją doc. dr A. Wojciechowskiego. Wydanie „Delta", Warszawa, 1937. Cena: 45 zł.

G. A. Mortola: Patogenia y tratamiento fisiologico de la ulcera gastro-duodenal. Buenos Aires. 1936.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.